



**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA BRANCHE DE
L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES
A DOMICILE (BAD) DU 21 MAI 2010 ET SES AVENANTS (IDCC 2941)**

Frais de santé

ENSEMBLE DU PERSONNEL

**Contrats d'assurance collectifs – Régime conventionnel
NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTE V.01.01.2025**

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de frais de santé auquel il a adhéré auprès de l'Organisme Assureur en application de la convention collective de notre profession.

A _____ le _____

Signature

SOMMAIRE

Document à remettre à votre employeur	2
PARTIE 1. PRÉSENTATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL	4
Information des salariés	4
Affiliation des salariés	5
Extension de la couverture frais de santé pour vos ayants droit	7
Subrogation	9
Protection des données à caractère personnel	9
Prescription	11
Réclamations - Médiations	11
Contrôle	12
Révision de la garantie complémentaire santé	12
Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et prévention de la corruption	12
PARTIE 2. GARANTIES SANTE	13
Quels sont les frais médicaux pris en charge par le régime complémentaire santé	13
Les niveaux de prestations	14
Modalités de calcul des prestations	14
Limitation aux frais réels	15
Modalité de règlement des prestations	15
Cotisations	18
PARTIE 3. MAINTIEN D'ASSURANCE	19
Sort des garanties en cas de suspension du contrat de travail du salarié	19
Maintien d'assurance en cas de portabilité des droits	19
Maintien d'assurance dans le cadre de la loi evin	21
ANNEXE 1 : TABLEAUX DE GARANTIES	24
ANNEXE 2 : LISTE ET CONTACTS DES ORGANISMES ASSUREURS	36
ANNEXE 3 : QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?	38

PARTIE 1. PRÉSENTATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Votre structure relève de la Convention Collective Nationale de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (dénommée ci-après BAD) signée le 21 mai 2010.

Cette Convention Collective Nationale et ses avenants (Chapitre 2 du titre VII de la Convention Collective Nationale) a instauré un régime de Branche « Frais de santé » applicable à l'ensemble des salariés des structures et organismes employeurs privés à but non lucratif entrant dans le champ d'application de la Convention Collective de la Branche.

Les entreprises relevant de la Convention collective de la BAD, en vue d'appliquer les dispositions du régime conventionnel de remboursement complémentaire des frais de santé, peuvent adhérer à l'un des Organismes Assureurs suivants :

- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, Membre d'AG2R LAMONDIALE et du GIE AG2R - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 333 232 270 - Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris.
- **Apivia Macif-Mutuelle**, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 779 558 501 Siège social : 17-21 place Etienne Pernet 75015 PARIS Cedex 15.
- Les Mutuelles appartenant au groupement de coassureurs suivant, dont AESIO mutuelle est l'apériteur :
 - **AESIO mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391, dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS
 - **Harmonie Mutuelle, Groupe VYV** - mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473 - Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.
 - **KLESIA MUT'** (anciennement Mutuelle UMC et Mutuelle Saint Germain) - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité- Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 529 168 007 – Siège social : 4 rue Georges Picquart 75017 Paris.
 - **MUTEST** - mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité- Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 641 681 – Siège social : 11 Boulevard du Président WILSON CS 60019 - 67082 STRASBOURG Cedex
 - **Mutuelle OCIANE MATMUT**- Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité- Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085 - Siège social : 35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex.

Les Organismes Assureurs sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

INFORMATION DES SALARIÉS

La notice d'information est obligatoirement remise au salarié par son employeur. Elle permet de connaître la garantie ainsi que les modalités définies au contrat de complémentaire santé souscrit par l'employeur.

Chaque salarié doit compléter et remettre à son employeur l'attestation se trouvant au sein de la présente notice d'information. Cette attestation est destinée à certifier que le salarié a bien reçu la présente notice.

Tout salarié a la possibilité de s'adresser à son employeur ou aux représentants du personnel pour connaître le contenu complet des dispositions conventionnelles relatives à la complémentaire santé de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) ou de se référer à cette dernière. Pour toute question d'interprétation, d'orientation générale, d'application de la Convention Collective, il peut s'adresser aux membres de la Commission Paritaire.

Toute modification des garanties sera opposable aux salariés après remise de la nouvelle notice d'information ou d'un additif par l'employeur.

1- Couverture collective de base obligatoire

Votre affiliation en tant que salarié, affilié au régime général de la Sécurité sociale ou au régime maladie d'Alsace/ Moselle, a lieu :

- au plus tôt, à la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur, si vous êtes sous contrat de travail à cette même date ;
- à la date de votre embauche si celle-ci est postérieure à l'adhésion de votre entreprise au régime ;
- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions pour être dispensé d'affiliation au régime.

DISPENSE D'AFFILIATION DES SALARIÉS

Par dérogation au caractère obligatoire, vous pouvez être dispensés d'affiliation au présent régime, dans le respect des dispositions d'ordre public et des conditions prévues au chapitre 2 du Titre VII de la CCN, susmentionnée, dès lors que vous avez fait valoir une demande de dispense dans les 30 jours qui suivent notamment la proposition d'affiliation. Les dispenses d'affiliation prévues ne peuvent en aucun cas vous être imposées par votre entreprise. Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, votre demande d'affiliation au régime frais de santé de base obligatoire. Dans ce cas, votre affiliation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit votre demande. En tout état de cause, vous serez tenus de cotiser et d'adhérer à la couverture frais de santé de base obligatoire lorsque vous cesserez de justifier de votre situation.

Le respect de la mise en œuvre des dispenses d'affiliation (vérification des motifs, justificatifs...) relève notamment de la responsabilité de l'entreprise. L'organisme assureur ne saurait être garant de la conformité de leur mise en œuvre eu égard aux dispositions légales et réglementaires en vigueur et à celles prévues au chapitre 2 du Titre VII de la CCN de la BAD.

MODALITÉS D'AFFILIATION DES SALARIÉS

Sauf modalités d'affiliation particulières mises à disposition de l'entreprise par l'Organisme Assureur notamment par extranet, votre affiliation se fait au moyen du Bulletin d'Affiliation Individuel fourni par l'Organisme Assureur. Vous devrez compléter et signer ce bulletin qui vous sera remis par votre employeur. Vous donnez votre accord ou non à la transmission automatique de vos décomptes par la Sécurité sociale à l'Organisme Assureur (procédure Noémie).

Ce bulletin comporte les renseignements vous concernant en tant que salarié (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale...) et le cas échéant, ceux de vos ayants droit, lorsque vous avez fait le choix de leur étendre le bénéfice de vos garanties.

Ce bulletin doit être retourné, accompagné de la photocopie de votre attestation papier d'assuré social qui accompagne votre carte Vitale ainsi que toute autre pièce mentionnée au Bulletin d'Affiliation Individuel.

SUSPENSION ET CESSATION DE L'AFFILIATION DES SALARIÉS

Votre affiliation est suspendue en cas de suspension de votre contrat de travail, sauf en cas de maintien d'assurance prévu dans la présente notice.

Votre affiliation prend fin :

- à la date de rupture du contrat de travail qui vous lie avec votre structure, ou à la fin de la période de portabilité, hors situation de cumul emploi retraite tel que défini dans les textes et sauf en cas de maintien d'assurance prévu dans la présente notice d'information ;
- à la date de votre décès ;
- pour l'ensemble des salariés de toutes les entreprises adhérentes, à la prise d'effet de la résiliation du Contrat ;
- pour l'ensemble des salariés d'une entreprise adhérente, à la date à laquelle l'entreprise ne relève plus du champ d'application de la Convention collective de la BAD ou à la date de résiliation de son adhésion.

La suspension ou la cessation de votre affiliation entraîne celle de vos garanties. La suspension ou la cessation de vos garanties entraîne, à la même date, la suspension ou la cessation des garanties mises en œuvre au profit de vos ayants droit.

L'entreprise devra retourner à l'Organisme Assureur, pour chaque salarié dont l'affiliation prend fin, la carte de tiers payant (lorsque la carte est délivrée par l'Organisme Assureur en format dématérialisé, le salarié s'engage à ne plus l'utiliser). Les prestations indûment versées seront récupérées par tous moyens auprès des salariés concernés.

2- Couverture collective optionnelle en renfort

Selon le niveau de garanties de la couverture collective de base obligatoire souscrit par l'entreprise, vous avez la possibilité d'opter pour un niveau supérieur de couverture. Cette option s'exerce dans le cadre d'une couverture collective à adhésion facultative proposée par l'Organisme Assureur, visant à renforcer la couverture collective de base obligatoire du salarié qui le souhaite, et ce, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

Ainsi :

- si vous êtes affilié à la couverture de base obligatoire base prime vous pouvez souscrire au choix :
 - le renfort de couverture visant à améliorer la couverture de base pour atteindre le niveau Confort
 - ou le renfort de couverture visant à améliorer la couverture de base pour atteindre le niveau Confort Plus.
- si vous êtes affilié à la couverture de base obligatoire Confort, vous pouvez souscrire le renfort de couverture visant à améliorer la couverture de base pour atteindre le niveau Confort Plus.

Il est par ailleurs précisé que les salariés affiliés à l'un des renforts de couverture susmentionnés, ont la possibilité d'étendre à titre facultatif la couverture dont ils bénéficient, à leurs ayants droit.

FORMALITÉS D'AFFILIATION DES SALARIÉS

Sauf modalités d'affiliation particulières mises à disposition par l'Organisme Assureur (notamment par extranet ou par toute voie dématérialisée), l'affiliation des salariés à l'un des renforts de couverture proposés, se fait au moyen du Bulletin d'Affiliation Individuel (BAI) fourni par l'Organisme Assureur.

Le salarié qui souhaite adhérer à l'un de ces renforts, devra compléter et signer ce bulletin qui lui est remis via son entreprise (avec apposition du cachet de l'entreprise sur le BAI) et le retourner selon les modalités définies par l'Organisme Assureur, avec indication le cas échéant, de l'extension de cette couverture au profit de ses ayants droit dès lors que ceux-ci bénéficient par ailleurs de la couverture de base par extension.

DATE D'EFFET, SUSPENSION ET CESSATION DE L'AFFILIATION

L'affiliation individuelle des salariés prend effet :

- au plus tôt, à la date d'affiliation au régime de base obligatoire, lorsque la demande d'adhésion à la couverture optionnelle est faite concomitamment ;
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'Organisme Assureur de la demande d'adhésion à la couverture optionnelle ou à la date d'effet demandée si celle-ci est postérieure.

Les affiliations individuelles sont souscrites pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite tacitement chaque année au 1er janvier, pour une année civile, sauf dans les cas mentionnés ci-après de cessation anticipée et notamment en cas de résiliation formulée par ces derniers selon les modalités définies.

La suspension ou la cessation de l'affiliation du salarié au titre du régime de base obligatoire (Base prime ou Confort selon le niveau souscrit par l'entreprise), lui permettant d'être éligible au bénéfice de la présente couverture optionnelle, entraîne la suspension ou la cessation de l'affiliation à ladite couverture optionnelle à la même date d'effet.

L'affiliation individuelle prend également fin :

- à la demande du salarié, tous les ans, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
- à la demande du salarié, à tout moment, à compter de l'expiration d'une durée minimale de 12 mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion sous réserve du respect des modalités et restrictions définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application. Dans ce cas, la demande de résiliation prend effet un mois après que l'Organisme Assureur en a reçu notification ;
- à l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations.

Une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout salarié qui peut bénéficier du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire (CSS) pour sa partie complémentaire.

La résiliation par le salarié auprès de l'Organisme Assureur peut être effectuée au choix :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;

NOTICE D'INFORMATION V.01.01.2025
CCN BAD

- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme Assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par voie électronique (notamment au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne lorsqu'elle est mise à disposition par l'Organisme Assureur) ;
- soit, lorsque l'Organisme Assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu au bulletin d'adhésion ou au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

L'Organisme Assureur confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

Dans ce cas, la résiliation par un salarié vaut pour l'ensemble des bénéficiaires de la couverture optionnelle relevant de ce dernier (ayants droit éventuellement couverts par ailleurs par extension facultative).

Enfin, en cas d'exercice du droit à résiliation annuelle ou infra-annuelle susvisé, une nouvelle affiliation du salarié aux formules optionnelles ne pourra être demandée qu'à l'issue d'une période de deux ans après l'exercice du droit de résiliation et ceci pour une prise d'effet le premier jour du trimestre civil suivant la demande, sauf en cas de modification de la situation familiale ou professionnelle du salarié visée au paragraphe ci-dessous « Changement de formules de garanties par le salarié ». Dans ce cas, la nouvelle adhésion aux formules optionnelles prendra effet le premier jour du trimestre civil suivant la demande.

CHANGEMENT DE FORMULES DE GARANTIES PAR LE SALARIÉ

Lorsque le régime prévoit plusieurs formules optionnelles au choix du salarié (cas du salarié affilié au régime de base obligatoire « Base prime » pouvant améliorer sa couverture pour atteindre le niveau « Confort » ou « Confort Plus ») le salarié peut changer de formules de garanties au 1er janvier de chaque année, sous réserve qu'il en fasse la demande au moins trois mois avant la fin de l'année civile par lettre recommandée avec accusé de réception.

Un tel changement ne peut toutefois intervenir qu'après deux années complètes d'affiliation à l'une des formules.

La condition de deux années n'est pas requise en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, signature d'un Pacte Civil de Solidarité, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, du partenaire pacsé ou d'un enfant...) ou encore en cas de changement de situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut ...). Le changement interviendra dans ces cas le premier jour du trimestre civil suivant la demande.

Toute modification de formule par le salarié concernera l'ensemble des bénéficiaires de la couverture optionnelle relevant de ce dernier (ayants droit éventuellement couverts par ailleurs par extension facultative).

Ces dispositions ne font pas obstacle à l'application du droit à la résiliation annuelle ou infra-annuelle des formules optionnelles par le salarié selon les modalités définies au paragraphe précédent.

EXTENSION DE LA COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ POUR VOS AYANTS DROIT

Vous pouvez demander à titre facultatif l'extension du régime complémentaire santé à vos ayants droit et ce moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

DÉFINITION DES AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint du salarié marié, non-séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- à défaut, le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- à défaut, le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux libres de tout engagement par ailleurs (célibataires, veufs ou séparés de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union ;
- les enfants à charge du salarié dont la filiation avec celui-ci (y compris adoptive) est légalement établie, ainsi que ceux de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin.

Les enfants ainsi définis doivent :

- être à charge au sens de la législation sociale,
- ou, s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :

- poursuivre leurs études ;
- ou, être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à France Travail ;
- ou, être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation...) ;
- ou, lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles (taux d'incapacité permanente au moins égale à 80 % ou personne classée en 3e catégorie de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale).

MODALITÉS D'ADHÉSION DES AYANTS DROIT

Pour faire adhérer vos ayants droit, vous devrez préalablement compléter et signer un bulletin d'affiliation individuel. Vous devrez par ailleurs, s'agissant de vos ayants droit assurés sociaux disposant de leur numéro de Sécurité sociale en propre, fournir à l'Organisme Assureur la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE et, selon le cas :

- s'agissant du conjoint marié : la copie du livret de famille,
- s'agissant du partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) : la photocopie dudit PACS,
- s'agissant du concubin : l'attestation sur l'honneur de vie commune ainsi que les deux derniers avis d'imposition,
- s'agissant des enfants : le justificatif de scolarité ou la copie de la carte d'étudiant et le cas échéant, la photocopie du contrat de formation en alternance ou l'attestation d'inscription à France Travail,
- s'agissant des enfants infirmes et ce quel que soit leur âge : la photocopie de la carte d'invalidité ou de mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION DES AYANTS DROIT

Vos ayants droit bénéficient du régime de remboursement complémentaire des frais de santé :

- au plus tôt, à la même date d'affiliation que vous, lorsque vous avez exprimé votre choix d'étendre la garantie à vos ayants droit à cette date ;
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'Organisme Assureur de la demande d'extension lorsque cette dernière est effectuée à une date postérieure à celle de votre affiliation.

L'extension de couverture de vos ayants droit est souscrite pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite tacitement chaque année au 1^{er} janvier, pour une année civile, sauf dans les cas de cessation anticipée et notamment en cas de demande de résiliation de votre part.

SUSPENSION ET CESSATION DE L'ADHÉSION DES AYANTS DROIT

La suspension de vos garanties entraîne, à la même date, la suspension des garanties mises en œuvre au profit de vos ayants droit.

La couverture de vos ayant droit prend fin :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous avez dénoncé l'extension de la complémentaire santé de votre ou vos ayant(s) droit par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique (ou tout autre support durable) adressés à l'Organisme Assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de l'adhésion. Toute nouvelle adhésion de la ou des personne(s) concernée(s) ne sera possible qu'à l'issue d'un délai de deux ans après la prise d'effet de la dénonciation sauf changement de situation de famille (mariage, divorce, signature d'un Pacte Civil de Solidarité, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, du partenaire pacsé ou d'un enfant, ...) ou encore changement de situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut, ...) ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit l'affiliation de votre ou de vos ayant(s) droit à une couverture complémentaire frais de santé obligatoire ;
- à la date à laquelle votre ayant droit perd cette qualité ;
- et en tout état de cause, le jour où vous cessez de bénéficier du régime, sauf cas de maintien prévu dans la présente notice ;

- en cas de non-paiement de vos cotisations.

La demande de résiliation de vos ayants droit peut en effet être effectuée au choix :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme Assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par voie électronique (notamment au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne lorsqu'elle est mise à disposition par l'Organisme Assureur) ;
- soit, lorsque l'Organisme Assureur propose l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu au bulletin d'adhésion ou au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

La cessation de l'adhésion entraîne celle des garanties pour l'ayant droit concerné.

NIVEAU DE COUVERTURE DES AYANTS DROIT

En tout état de cause, les ayants droit bénéficient du même niveau de couverture complémentaire frais de santé que celui auquel est affilié le salarié.

SUBROGATION

Les Organismes Assureurs sont subrogés de plein droit aux bénéficiaires (salarié et/ ou ayants droit), victimes d'un accident, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées, conformément aux dispositions légales.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le salarié et les bénéficiaires sont informés par l'Organisme Assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'Organisme Assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté aux coordonnées mentionnées en annexe 2 des présentes Conditions Générales.

1. Les données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'Organisme Assureur ou d'autres sociétés du groupe de l'Organisme Assureur ;
- la gestion des avis du salarié et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'Organisme Assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le salarié et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du salarié des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude (cette dernière pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA)) ;
- la proposition au salarié et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou

NOTICE D'INFORMATION V.01.01.2025
CCN BAD

d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'Organisme Assureur ou ses partenaires ;

- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du salarié et des bénéficiaires.

L'Organisme Assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du salarié et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus l'Organisme Assureur utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») du salarié et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du salarié et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'Organisme Assureur dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du salarié et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'Organisme Assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'Organisme Assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisé. Les données à caractère personnel relatives à la santé du salarié et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées. Si des données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, l'Organisme Assureur s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le salarié et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'Organisme Assureur et des prescriptions légales applicables.

L'Organisme Assureur et ses partenaires s'engagent :

- à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du salarié et des bénéficiaires et
- à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le salarié et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le salarié et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés aux coordonnées mentionnées en annexe 2.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le salarié et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le salarié et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

Pour en apprendre plus sur la manière dont l'Organisme assureur traite vos données, vous pouvez consulter la page dédiée sur son site internet.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat d'adhésion sont souscrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, 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.

Lorsque l'action de l'action de l'entreprise, de l'assuré ou de l'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 l'entreprise, l'assuré ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcé, prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressés par l'Organisme Assureur à l'Entreprise ou au bénéficiaire en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation
- et de l'envoi à l'Organisme Assureur d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressés par l'assuré, ou ses ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et communications électroniques.

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATIONS

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Toute réclamation peut être formulée par oral ou par écrit.

Lorsque la réclamation est formulée oralement, si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée, il doit alors formuler son insatisfaction au moyen d'un écrit.

La réclamation peut être formulée directement auprès de l'Organisme Assureur dont les coordonnées sont mentionnées en Annexe 2. L'Organisme assureur dispose d'un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour en accuser réception. Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par l'Organisme Assureur ou en l'absence de réponse dans un délai de deux (2) mois, le réclamant peut avoir recours à la procédure gracieuse de médiation auprès du médiateur désigné par l'Organisme assureur et mentionné en Annexe 2.

CONTRÔLE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par le salarié, servent de base à la garantie.

L'Organisme Assureur se réserve, toutefois, la possibilité de vérifier les données communiquées et/ou les documents produits par l'entreprise ou le salarié, tant à l'occasion de l'adhésion de l'entreprise, de l'affiliation du salarié et de ses ayants droit, du versement des cotisations qu'au moment de l'ouverture des droits à prestations.

RÉVISION DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Le régime de remboursement complémentaire des frais de santé est établi sur la base de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur au moment de la prise d'effet des Conditions générales. Il sera revu sans délai en cas de changement de ces textes.

Tant que les modifications ne sont pas intervenues, les conditions de l'assurance (formules de prestations et montant des cotisations) sont maintenues sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

Toute modification qui pourrait résulter de l'évolution du régime de remboursement complémentaire conventionnel des frais de santé formalisée par voie d'avenant, s'applique de plein droit à la date d'effet prévue par ledit avenant. Elle sera opposable après information et remise à l'entreprise des Conditions générales modifiées ou d'un avenant aux précédentes.

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

L'Organisme Assureur doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener l'Organisme Assureur à solliciter auprès de l'entreprise ou des assurés la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). Afin de permettre à l'Organisme assureur de respecter ces obligations, l'entreprise s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs demandés. En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles l'Organisme Assureur est assujéti. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait l'Organisme Assureur à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de l'Organisme assureur, disponible le cas échéant sur son site institutionnel.

PARTIE 2. GARANTIES SANTE

QUELS SONT LES FRAIS MÉDICAUX PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les frais médicaux remboursés par le régime sont ceux qui ouvrent droit à prise en charge par la Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladie professionnelle » et « maternité ».

L'Organisme Assureur complète pour les différents postes décrits en annexe l'indemnisation effectuée par la Sécurité sociale.

Les garanties de la présente notice d'information respectent le cahier des charges des contrats responsables conformément aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement, sauf dérogations indiquées dans les tableaux de garanties.

Donnent droit à remboursement, les frais médicaux engagés par le salarié et le cas échéant par ses ayants droit pour lesquels l'extension de couverture a été demandée.

Seuls les actes dont le fait générateur et la date de soins sont postérieurs à la date d'affiliation du salarié (le cas échéant à la date d'adhésion des ayants droit) et antérieurs à la date de cessation des garanties, peuvent donner lieu à indemnisation.

La date retenue concernant la date de soins est celle utilisée par le régime obligatoire pour procéder au remboursement de la part obligatoire de la Sécurité sociale, à défaut la date mentionnée sur la facture **délivrée par le professionnel de santé pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale (conformément aux dérogations indiquées aux tableaux de garanties).**

Les garanties ne sont acquises qu'aux assurés affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursées sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale.

Les garanties produisent leurs effets dans le monde entier si le séjour de l'Assuré à l'étranger n'excède pas trois mois ou si l'Assuré est détaché par son Employeur au sein de l'Union Européenne et qu'il bénéficie du régime français de la Sécurité sociale. Les prestations de l'Organisme Assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

PRISE D'EFFET, SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

La prise d'effet des garanties est simultanée à la prise d'effet de l'affiliation du bénéficiaire du contrat (salarié et ses éventuels ayants droit).

Pour tout salarié affilié (et ses éventuels ayants droit affiliés) le droit à garanties au titre du contrat est ouvert pour les frais médicaux susmentionnés couverts par le contrat survenant pendant la durée de son contrat de travail au sein de l'entreprise adhérente, sous les réserves ci-après.

Sauf dans le cadre du maintien des garanties prévu, le bénéfice des garanties du contrat est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu (et par extension au profit de leurs éventuels ayants droit).

Pour tout salarié (et ses éventuels ayants droit) le droit à garantie cesse par ailleurs :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date de rupture du contrat de travail qui vous lie à l'entreprise, sous réserve des dispositions de maintien prévues (dans ce cas la garantie cesse d'être accordée lorsque prend fin la période de portabilité) ;
- à la date à laquelle vous ne relevez plus de la catégorie de personnel assurée ;
- à la date d'effet de la liquidation de vos droits à la retraite de la Sécurité sociale (sauf si vous bénéficiez d'un dispositif de cumul emploi-retraite) et sous réserve des dispositions de maintien prévues ;
- à votre décès, sous réserve des dispositions de maintien prévues pour les ayants droit du participant décédé ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat.

Les garanties cessent également en cas de cessation de l'affiliation du bénéficiaire.

LES NIVEAUX DE PRESTATIONS

Le niveau de prestations dépend du régime de base souscrit par l'entreprise et le cas échéant du régime optionnel que vous avez souscrit en renfort individuellement (et dépend par extension, de votre choix d'en faire bénéficier vos ayants droit).

Au titre du régime de base obligatoire, l'entreprise choisit lors de la souscription du contrat le niveau de prestation rendu obligatoire dans son entreprise au profit des salariés affiliés, parmi les 3 niveaux proposés.

Les tableaux de garanties correspondant à chaque niveau figurent en Annexe 1.

Le niveau retenu par l'entreprise détermine le montant des prestations de base garanties.

Au titre du régime optionnel facultatif, le niveau de prestation dépend du renfort de couverture choisi individuellement pour compléter votre couverture de base obligatoire :

- lorsque l'entreprise a souscrit le niveau Base prime, vous pouvez souscrire au choix, au titre du régime optionnel :
 - le renfort visant à améliorer la couverture de base pour atteindre le niveau Confort
 - ou le renfort visant à améliorer la couverture de base pour atteindre le niveau Confort Plus.
- lorsque l'entreprise a souscrit le niveau Confort, vous pouvez souscrire au titre du régime optionnel :
 - le renfort visant à améliorer la couverture de base pour atteindre le niveau Confort Plus.

Ainsi les prestations complémentaires versées au titre du régime optionnel visant à améliorer la couverture de base obligatoire Base prime pour atteindre le niveau Confort ou Confort Plus selon le choix opéré, sont servies sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et au titre du régime Base prime.

Celles versées au titre du régime optionnel visant à améliorer la couverture de base obligatoire Confort pour atteindre le niveau Confort Plus sont servies sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et au titre du régime Confort.

Les ayants droit éventuellement affiliés à titre facultatif, par extension, bénéficient du même niveau de garantie (niveau du régime de base et le cas échéant optionnel selon la formule retenue).

MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

MONTANTS RETENUS

Prestation exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale

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

Montant des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par l'Organisme Assureur sont égaux :

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

Pharmacie

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'Organisme Assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Disposition spéciale pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

Si le contrat est souscrit au profit de salariés relevant du Régime local Alsace Moselle, l'Organisme Assureur tient compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour les actes et frais engagés dans le cadre du secteur non conventionné, les Organismes Assureurs calculeront les prestations complémentaires sur la base du tarif d'autorité pratiqué par la Sécurité sociale.

MATERNITÉ

En cas de maternité de la salariée ou celle des ayants droit couverts par le présent régime, la garantie prévue au risque hospitalisation chirurgicale s'applique dans l'hypothèse d'une intervention chirurgicale (césarienne).

Les soins et frais indemnités au titre de la législation « maternité » sont ceux intervenant durant la période de maternité telle que définie par la Sécurité sociale.

LIMITATION AUX FRAIS RÉELS

La participation de l'Organisme Assureur ne peut en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge du bénéficiaire après remboursement du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels autres contrats complémentaires frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent régime détaillé aux Conditions générales (au titre du régime de base obligatoire et le cas échéant du régime optionnel).

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

Pour l'application des dispositions ci-dessus, l'Organisme Assureur se réserve la possibilité de demander la justification des frais. Il peut aussi demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre régime de complémentaire santé ou contrat d'assurance dont bénéficieraient les intéressés.

MODALITÉ DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

TIERS-PAYANT

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Organisme Assureur met à la disposition du salarié et ses ayants droit le cas échéant un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur les garanties prévues au contrat faisant notamment l'objet d'un tarif de responsabilité.

Le service de dispense d'avance des frais doit notamment permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le salarié et ses ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le salarié et ses ayants droit le cas échéant qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Organisme Assureur.

VOS PRESTATIONS SONT REMBOURSÉES :

- soit par échange NOÉMIE (télétransmission avec la Sécurité sociale), sauf opposition écrite du bénéficiaire,
- soit sur présentation du décompte original établi par la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées soit directement aux assurés, soit aux professionnels de santé pour les assurés ayant bénéficié de la télétransmission NOÉMIE.

Dans le cadre de l'échange NOÉMIE avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'assuré, aucune démarche particulière n'est à effectuer. Toutefois, le remboursement de certains actes énoncés ci-après est conditionné à la présentation des factures. Dans ces cas, les justificatifs ci-dessous sont à fournir par l'assuré à l'organisme gestionnaire.

Il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires, d'aides auditives ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'Organisme Assureur ou produit spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'Organisme Assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'Organisme Assureur. L'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de désaccord entre le bénéficiaire et l'Organisme assureur, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'Organisme assureur et/ou le gestionnaire et l'assuré supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

Les prestations sont servies à réception des décomptes originaux de la Sécurité sociale, accompagnés le cas échéant des pièces justificatives.

L'organisme assureur procèdera au paiement des prestations, par virement bancaire, en euro, dans le délai maximal de 20 jours calendaire (hors cas de force majeure) à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires et éventuelles dispositions spécifiques prévues dans les conditions particulières.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant : soit la date des soins pratiqués s'il s'agit de prestations non remboursées par la Sécurité sociale, soit la date de remboursement par la Sécurité sociale mentionnée dans le décompte de la Sécurité sociale dans les autres cas.

RESTITUTION DES PRESTATIONS INDUES

Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées indûment (par exemple, remboursement pour un soin dont la date de référence ne se situe pas pendant la période de couverture ou encore versement de la prestation en double au professionnel de santé dans le cadre d'un accord de tiers payant et au bénéficiaire) ou que les montants versés ont été supérieurs à ce qu'il était censé être versé (suite à une erreur de calcul, par exemple), les sommes indûment perçues devront rembourser à l'Organisme Assureur, en application du Code Civil (articles 1302 et 1302-1 du Code Civil). Ceci s'applique y compris si l'origine de l'indu est liée à une erreur de l'Organisme Assureur.

L'Organisme Assureur a 5 ans pour demander le paiement de cet indu, à compter du paiement, sauf à ce qu'elle il ait été empêchée d'agir par suite d'un empêchement quelconque tel que la force majeure ou l'ignorance du caractère indu du paiement.

Le cas échéant, un plan de remboursement pourra être établi avec le bénéficiaire concerné, en tenant compte de sa situation personnelle.

DÉCHÉANCE DE GARANTIE

Si le salarié ou l'ayant droit réalise une fausse déclaration de sinistre, c'est-à-dire s'il utilise volontairement des renseignements ou des documents inexacts ou falsifiés comme justificatifs ou utilise tout autre moyen frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, il est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'Organisme Assureur.

	Justificatifs (à défaut de télétransmission par l'AMO et hors tiers payant)
Hospitalisation chirurgicale ou médicale ou maternité Soins courants	- notes d'honoraires et factures originales détaillées, acquittées et datées et décomptes originaux de la Sécurité sociale. - bordereau de facturation ou avis des sommes à payer acquittées. Dans le cas de dépassements d'honoraires, ces derniers sont traités via l'analyse et l'enregistrement de ces documents.
Dentaire Aides auditives	- factures originales détaillées (acquittées et datées) et codifiées (nature des actes effectués) et décomptes originaux de la Sécurité sociale.
Optique	- factures originales détaillées (acquittées et datées) et décomptes originaux de la Sécurité sociale. - cas des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale : copie de l'ordonnance et facture acquittée et datée. - dans tous les cas, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, l'assuré doit fournir une nouvelle prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'Organisme Assureur, la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. - cas de la chirurgie réfractive : notes d'honoraires et factures originales détaillées, acquittées et datées
Vaccin antigrippe et contraception prescrite non remboursés par l'AMO	- prescription ou copie de l'ordonnance et factures originales détaillées du pharmacien, datées et acquittées.
Médecines complémentaires (ostéopathie et autres médecines douces *)	- note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée des factures originales détaillées (acquittées et datées).
Maternité ou Adoption d'un enfant de moins de 16 ans	- un original de l'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant ou une photocopie de ce document ou du livret de famille délivré par la mairie et certifié sincère par l'assuré
Cure thermique	- factures originales détaillées (acquittées et datées) de l'établissement thermal et décomptes originaux de la Sécurité sociale.

(*) Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Etiopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Réflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle.

COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires et mensuelles.

La cotisation appelée est déterminée en fonction :

- du niveau de couverture au titre du régime de base obligatoire retenu par l'entreprise :
 - Base prime
 - Confort
 - Confort Plus
- le cas échéant, de l'amélioration du niveau de couverture auquel vous aurez éventuellement choisi de souscrire au titre du régime optionnel à adhésion facultative
- le cas échéant, de la situation de famille du salarié :
 - Isolé (salarié)
 - Conjoint (ou assimilé selon la définition de la présente notice)
 - Enfant à charge (avec gratuité de cotisation à compter du 3ème enfant)

En cas de résiliation du contrat couvrant le régime de base obligatoire par l'entreprise ou en cas de résiliation de votre adhésion au régime optionnel (vous permettant d'améliorer votre couverture de base), et/ou de l'adhésion facultative des ayants droit, intervenant en cours de mois, l'entreprise et/ou le cas échéant vous-même, n'êtes redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE

Les cotisations du régime de base obligatoire souscrit par l'employeur pour le salarié, sont appelées trimestriellement à terme échu auprès de l'entreprise par l'Organisme Assureur dont elle relève. La quote-part du salarié dans le financement de cette formule de prestations est précomptée sur le salaire par l'entreprise.

L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires des salariés.

RÉGIME FACULTATIF ET EXTENSION FACULTATIVE AUX AYANTS DROIT

Les cotisations sont à la charge exclusive de l'assuré ou du bénéficiaire.

Les cotisations du régime optionnel visant à améliorer le niveau de couverture de base obligatoire, de l'extension de la garantie santé à ses ayants droit et du « régime d'accueil » sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance, au choix de l'assuré ou du bénéficiaire (ayant droit de l'assuré décédé).

En cas de non-paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'Organisme Assureur adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception ou un recommandé électronique avec avis de réception à l'assuré ou ayant droit de l'assuré décédé défaillant l'informant des conséquences du non-paiement. Si quarante jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'Organisme Assureur informe l'assuré de la cessation automatique de sa garantie facultative et de son exclusion du régime facultatif et celle de ses éventuels ayants droit.

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

PARTIE 3. MAINTIEN D'ASSURANCE

SORT DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DU SALARIÉ

La garantie frais de santé est suspendue de plein droit lorsque votre contrat de travail est suspendu, pour vous-même (et vos ayants droit affiliés par extension). Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due.

La suspension intervient à la date de suspension du contrat de travail et s'achève dès la reprise effective de votre activité au sein de l'entreprise (sous réserve que l'Organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. À défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise).

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISÉE

Les garanties du présent régime sont maintenues lorsque votre contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- d'un maintien de salaire (total ou partiel)
- ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
 - ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...)
- ou d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle versées par la Sécurité sociale et/ou à titre complémentaire.

L'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime de base obligatoire (part patronale/salariale calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève l'assuré) et le cas échéant le salarié s'acquittera de la cotisation du régime optionnel facultatif, lorsqu'il était souscrit en renfort s'il fait le choix de maintenir cette couverture.

Lorsque les ayants droit étaient affiliés à titre facultatif par extension, le salarié peut également maintenir pendant cette période leur couverture moyennant la poursuite du paiement des cotisations correspondantes.

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE

Les garanties peuvent également être maintenues à titre facultatif et individuel à votre profit si votre contrat de travail a été suspendu sans maintien de rémunération (notamment congé parental d'éducation, congé sabbatique...). Vous devez en faire la demande expressément auprès de l'Organisme Assureur dans les deux mois suivant la prise d'effet du contrat ou de la date de suspension du contrat de travail si elle est postérieure. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive pendant la période de suspension du contrat de travail.

Le maintien de la garantie complémentaire santé prend effet au plus tôt le 1^{er} jour de la suspension de votre contrat de travail et au plus tard le 1^{er} jour du mois suivant votre demande.

Vous bénéficiez de la couverture qui vous était appliquée en tant que salarié avant la date de suspension (pour vous et vos ayants droit le cas échéant). Les conditions tarifaires seront celles qui s'appliquent au moment de la demande. La cotisation, à votre charge intégrale, doit être réglée directement auprès de votre Organisme Assureur.

MAINTIEN D'ASSURANCE EN CAS DE PORTABILITÉ DES DROITS

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, la couverture de base obligatoire (et le cas échéant la couverture optionnelle facultative si souscrite) est maintenue aux anciens salariés (et le cas échéant à leurs ayants droit si

couverts par extension), bénéficiaires du régime frais de santé ouvrant droit à prise en charge par France Travail, et ce, dans les conditions définies ci-après.

BÉNÉFICIAIRES DE LA PORTABILITÉ

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) **à l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- justifiant auprès de l'Organisme Assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à prestation ont été ouverts chez l'entreprise souscriptrice avant la cessation du contrat de travail.

PRISE D'EFFET, DURÉE ET MODALITÉS DU MAINTIEN DE LA COUVERTURE

Date d'effet

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

Durée

L'ancien salarié et le cas échéant ses ayants droit bénéficient de ce maintien des garanties 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 entier ou le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.**

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

CESSATION DE MAINTIEN DES DROITS

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve qu'il bénéficie de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article traitant de la résiliation du contrat d'adhésion de la structure ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre à la portabilité et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

FORMALITÉS DE DÉCLARATION

L'employeur doit :

- signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié, et
- informer l'Organisme Assureur de la sortie du salarié des effectifs (date et motif du départ).

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Organisme Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'Organisme Assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

FINANCEMENT DU MAINTIEN DE COUVERTURE

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. À ce titre, les salariés et le cas échéant leur ayants droit, bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation supplémentaire à acquitter.

GARANTIES ET PRESTATIONS MAINTENUES

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la cessation de son contrat de travail.

En cas de changement d'Organisme Assureur, les bénéficiaires du dispositif portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel assureur.

MAINTIEN D'ASSURANCE DANS LE CADRE DE LA LOI EVIN

Il est institué un « régime d'accueil » qui propose le maintien du régime de remboursement complémentaire des frais de santé aux ayants droit du salarié décédé et, sous certaines conditions, aux salariés dont le contrat de travail est rompu.

La formule de prestations maintenue est celle dont bénéficiait le salarié à la rupture de son contrat de travail.

Le maintien de la garantie est accordé sans examen, sans questionnaire médical et sans délai de carence ou période de stage.

Ayants droit d'un salarié décédé

Les garanties du régime de base obligatoire sont maintenues à titre gratuit pendant un an, aux ayants droit d'un salarié (ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité) décédé, bénéficiaires du régime de remboursement complémentaire des frais de santé au jour du décès du salarié (ou de l'ancien salarié susvisé).

Les ayants droit devront en faire la demande et remplir un bulletin d'adhésion. Cette demande doit être effectuée auprès de l'Organisme Assureur au plus tard dans les 6 mois suivant le décès du salarié (ou de l'ancien salarié susvisé). **Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive.**

L'Organisme Assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date du décès de l'assuré.

Le maintien de la garantie complémentaire santé pour les ayants droit prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le décès de l'assuré et au plus tard le lendemain de la réception de la demande.

Au-delà de cette période de maintien d'un an à titre gratuit, le maintien d'assurance aux ayant droits s'effectue en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante. Ce nouveau maintien prend effet le premier jour du mois qui suit la demande.

Le maintien de la garantie cesse au plus tard :

- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations telle que définie à l'article 18 ci-dessus pour les régimes facultatifs,
- en cas de dénonciation de l'adhésion individuelle par l'ayant droit de l'assuré décédé qui peut être opérée selon les modalités définies ci-après :
 - tous les ans, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
 - à tout moment, à compter de l'expiration d'une durée minimale de 12 mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion sous réserve du respect des modalités et restrictions définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application. Dans ce cas, la demande de résiliation prend effet un mois après que l'Organisme Assureur en ait reçu notification ;

La demande de dénonciation de l'adhésion individuelle peut être effectuée :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme Assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit par voie électronique (notamment au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne lorsqu'elle est mise à disposition par l'Organisme assureur) ;
- Soit, lorsque l'Organisme Assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu au bulletin d'adhésion ou au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

L'Organisme Assureur confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- et en tout état de cause, au décès de(s) ayant(s) droit de l'assuré décédé.

La dénonciation de l'adhésion individuelle est définitive.

Salariés partant en retraite, anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant d'un revenu de remplacement (notamment allocations chômage ou préretraite), anciens salariés en état d'invalidité ou d'incapacité permanente

Ces anciens salariés peuvent, s'ils le souhaitent, bénéficier du maintien du régime de remboursement complémentaire des frais de santé conformément aux dispositions de la Loi Évin, en contrepartie du paiement de la cotisation spécifique définie dans le respect de la réglementation en vigueur.

Ces anciens salariés devront en faire la demande et remplir un bulletin d'adhésion. La demande doit être effectuée par les intéressés auprès de l'Organisme Assureur au plus tard dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils ont bénéficié à titre temporaire du maintien de la garantie santé au titre de la portabilité des droits. **Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive.**

Les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le régime frais de santé au profit des salariés.

L'Organisme Assureur doit adresser la proposition de maintien de la couverture dans le cadre de l'article 4 Loi Évin aux anciens salariés remplissant les conditions pour en bénéficier au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de la portabilité, ceci sous réserve que l'entreprise l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif.

Le maintien de la garantie cesse au plus tard :

Pour l'ancien salarié retraité :

- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations telle que définie dans la présente notice pour les régimes facultatifs,
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion dans les conditions définies ci-après,
- et en tout état de cause, au décès de l'ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite.

Pour l'ancien salarié bénéficiaire d'une rente incapacité permanente, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement (et privé d'emploi) :

- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations telle que définie dans la présente notice pour les régimes facultatifs,
- à la date à laquelle l'assuré ne bénéficie plus de rente d'incapacité ou d'invalidité ou du revenu de remplacement ayant ouvert droit au maintien de la garantie,
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion dans les conditions définies ci-après,
- et en tout état de cause, au décès de l'ancien salarié.

Dans tous les cas, la garantie cesse à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion individuelle par l'assuré, qui peut être opérée selon les modalités définies ci-après à sa demande :

- tous les ans, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
- à tout moment, à compter de l'expiration d'une durée minimale de 12 mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion sous réserve du respect des modalités et restrictions définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application. Dans ce cas la demande de résiliation prend effet un mois après que l'Organisme Assureur en ait reçu notification ;

La demande de résiliation par l'assuré auprès de l'Organisme assureur peut être effectuée :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme Assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit par voie électronique (notamment au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne lorsqu'elle est mise à disposition par l'Organisme assureur) ;
- Soit, lorsque l'Organisme Assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

L'Organisme Assureur confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

La résiliation de l'adhésion est définitive et vaut tant pour l'assuré que pour ses ayants droit.

ANNEXE 1 : TABLEAUX DE GARANTIES

Régime « BASE PRIME »

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	160 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	140 % BR	
Forfait Actes Lourds	Frais réels	Participation forfaitaire du patient en cas de réalisation de certains actes lourds (cf. I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale)
Séjours		
- Frais de séjour	150 % BR	
- Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation.
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour une durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) : · Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie · Maternité	1,5 % PMSS* / jour 2 % PMSS / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie. Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	Néant	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	160 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	140 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
- Psychologues (actes remboursés SS)	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	120 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100 % BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	
Transport	100 % BR	
Forfait Actes Lourds	Frais réels	Participation forfaitaire du patient en cas de réalisation de certains actes lourds (cf I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale)

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)		REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% santé (2)			
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l' AMO dans la limite des HLF*		
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l' AMO dans la limite des HLF		
Prothèses hors 100% santé			
- Panier à honoraires maîtrisés (2) · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	125 % BR 125 % BR 300 % BR 170 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation	
- Panier à honoraires libres (2) · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	125 % BR 125 % BR 300 % BR 170 % BR		
Soins			
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR		
Autres actes remboursés par l'AMO			
- Orthodontie remboursée par l'AMO	275 % BR		
Actes non remboursés par l'AMO			
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie, Implantologie (3)	Néant		
OPTIQUE			
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans. 1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)			
Equipements 100% santé - verres et/ou monture - Classe A (4)			
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.*		
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
- Supplément pour Verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT	PRÉCISIONS
(Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	TOTAL (1) (AMO + AMC)*	
OPTIQUE (SUITE)		
Equipements hors 100% santé - verres et/ou monture- Classe B - Tarifs libres (6)		
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	70 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	50 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) (5)	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) (5)		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis/verres iséiconiques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.		
Equipement 100% santé (8) - Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipement hors 100% santé (9) - Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	570 €	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	1700 €	
Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100 % BR	
PREVENTION - BIEN-ETRE		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Ostéopathie, et autres médecines douces** (si consultations pratiquées par un professionnel de santé titulaire d'un diplôme d'État reconnu dans sa spécialité et recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	20 € /séance	Limité à 2 séances par année civile / par bénéficiaire
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	100 % BR	
MATERNITE		
- Allocation naissance	5 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré

FONDS SOCIAL

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'Organisme Assureur, auprès duquel les structures employeurs adhérent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle. Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge... Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés. Les Organismes Assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁰⁾	50 €	38 €
		SPH < - 6 ou > + 6	92 €	81 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	54 €	43 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	54 €	43 €
		SPH > 0 et S > + 6	88 €	76 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	88 €	76 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	97 €	86 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	116 €	105 €
		SPH < - 4 ou > + 4	126 €	114 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	126 €	114 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	126 €	114 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	135 €	124 €
		SPH > 0 et S > + 8	135 €	124 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	135 €	124 €

* **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / * **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * **AMC** : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / * **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / * **Service Médical Rendu (SMR)** : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * **HLF** : Honoraires Limites de Facturation / * **PLV** : Prix limite de vente / * **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

* ** Acupuncture, Aromathérapie, Chiropraxie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Etiopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédiatrie, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Réflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle.

(1) Dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés,

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corréant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

(10) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Régime « CONFORT »

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)		REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Honoraires, actes et soins			
- Médecins signataires DPTM*		185 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*		165 % BR	
Forfait Actes Lourds		Frais réels	Participation forfaitaire du patient en cas de réalisation de certains actes lourds (cf. I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale)
Séjours			
- Frais de séjour		250 % BR	
- Forfait Patient Urgences (FPU)		Frais réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation.
- Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour une durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) : • Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie • Maternité		2,5 % PMSS* / jour 3 % PMSS / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie. Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)		2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations et visites - Médecins généralistes			
- Médecins signataires DPTM*		100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*		100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes			
- Médecins signataires DPTM*		185 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*		165 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes		100 % BR	
Honoraires paramédicaux			
- Auxiliaires médicaux		100 % BR	
- Psychologues (actes remboursés SS)		100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie			
- Médecins signataires DPTM*		100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*		100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie			
- Médecins signataires DPTM*		120 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*		100 % BR	
Médicaments			
- Médicaments à Service Médical Rendu* important		100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré		100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible		100 % BR	
Pharmacie hors médicaments		100 % BR	
Matériel médical			
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)		100 % BR	
Transport		100 % BR	
Forfait Actes Lourds		Frais réels	Participation forfaitaire du patient en cas de réalisation de certains actes lourds (cf. I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale)

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)		REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% santé ⁽²⁾			
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l' AMO dans la limite des HLF*		
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l' AMO dans la limite des HLF		
Prothèses hors 100% santé			
- Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾ · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	135 % BR 135 % BR 365 % BR 265 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation	
- Panier à honoraires libres ⁽²⁾ · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	135 % BR 135 % BR 365 % BR 265 % BR		
Soins			
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR		
Autres actes remboursés par l'AMO			
- Orthodontie remboursée par l'AMO	400 % BR		
Actes non remboursés par l'AMO			
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie, Implantologie ⁽³⁾	600 €	Forfait par an et par bénéficiaire.	
OPTIQUE			
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans. 1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)			
Equipements 100% santé - verres et/ou monture - Classe A ⁽⁴⁾			
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.*		
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.	
- Supplément pour Verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans limite		

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)		REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
OPTIQUE (SUITE)			
Equipements hors 100% santé - verres et/ou monture- Classe B - Tarifs libres (6)			
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	100 €	Y compris Ticket Modérateur	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	75 €	Y compris Ticket Modérateur	
- Verre adulte (16 ans et plus) (5)	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur	
- Verre enfant (de moins de 16 ans) (5)		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B			
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100 % BR		
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis/verres iséiconiques)	100 % BR		
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR		
Lentilles			
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire	
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	600 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil	
AIDES AUDITIVES			
Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.			
Equipement 100% santé (8) - Classe I - Soumis à des prix limites de vente			
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		Y compris les personnes de 20 ans	
Equipement hors 100% santé (9) - Classe II - Tarifs libres			
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	900€		
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	1700€	Y compris les personnes de 20 ans	
Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100% BR		
PREVENTION - BIEN-ETRE			
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR		
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels		
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.	
- Ostéopathies et autres médecines douces** (si consultations pratiquées par un professionnel de santé titulaire d'un diplôme d'État reconnu dans sa spécialité et recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	20 € /séance	Limité à 2 séances par année civile / par bénéficiaire	
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :			
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR		
- Forfait hébergement et transport	100 % BR + 10 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.	
MATERNITE			
- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré	
FONDS SOCIAL			
Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'Organisme Assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle. Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge... Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés. Les Organismes Assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.			

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	CONFORT	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (10)	70 €	54 €
		SPH < - 6 ou > + 6	130 €	115 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	76 €	61 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	76 €	61 €
		SPH > 0 et S > + 6	124 €	108 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	124 €	108 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	137 €	122 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	164 €	149 €
		SPH < - 4 ou > + 4	178 €	162 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	178 €	162 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	178 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	191 €	176 €
		SPH > 0 et S > + 8	191 €	176 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	191 €	176 €

* **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / * **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * **AMC** : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / * **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / * **Service Médical Rendu (SMR)** : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * **HLF** : Honoraires Limites de Facturation / * **PLV** : Prix limite de vente / * **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

* ** Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Etiopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédiature, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Réflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle.

(1) Dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés,

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

- Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

• Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

• Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

(10) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Régime « CONFORT PLUS »

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)		REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Honoraires, actes et soins			
- Médecins signataires DPTM*	210 % BR		
- Médecins non signataires DPTM*	190 % BR		
Forfait Actes Lourds	Frais réels		Participation forfaitaire du patient en cas de réalisation de certains actes lourds (cf. I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale)
Séjours			
- Frais de séjour	350 % BR		
- Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels		Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation.
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels		Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) : · Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie · Maternité	3,5 % PMSS* / jour 4 % PMSS / jour		Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie. Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	2 % PMSS / jour		Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations et visites - Médecins généralistes			
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR		
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR		
Consultations et visites - Médecins spécialistes			
- Médecins signataires DPTM*	210 % BR		Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	190 % BR		Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR		
Honoraires paramédicaux			
- Auxiliaires médicaux	100 % BR		
- Psychologues (actes remboursés SS)	100 % BR		
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR		
Actes d'imagerie et d'échographie			
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR		
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR		
Actes techniques médicaux et de chirurgie			
- Médecins signataires DPTM*	120 % BR		
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR		
Médicaments			
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR		
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR		
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR		
Pharmacie hors médicaments	100 % BR		
Matériel médical			
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	150 % BR		
Transport	100 % BR		
Forfait Actes Lourds	Frais réels		Participation forfaitaire du patient en cas de réalisation de certains actes lourds (cf. I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale)

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)		REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% santé (2)			
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l' AMO dans la limite des HLF*		
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l' AMO dans la limite des HLF		
Prothèses hors 100% santé			
- Panier à honoraires maîtrisés (2) · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	165 % BR 165 % BR 415 % BR 315 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation	
- Panier à honoraires libres (2) · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	165 % BR 165 % BR 415 % BR 315 % BR		
Soins			
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR		
Autres actes remboursés par l'AMO			
- Orthodontie remboursée par l'AMO	450 % BR		
Actes non remboursés par l'AMO			
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (3)	1000 €		Forfait par an et par bénéficiaire.
OPTIQUE			
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale).			
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.			
1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)			
Equipements 100% santé - verres et/ou monture - Classe A ⁽⁴⁾			
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.*		
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
- Supplément pour Verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.		

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
OPTIQUE (SUITE)		
Equipements hors 100% santé - verres et/ou monture- Classe B - Tarifs libres ⁽⁶⁾		
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis/verres iséiconiques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	1000 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.		
Equipement 100% santé ⁽⁸⁾ - Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipement hors 100% santé ⁽⁹⁾ - Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	1700 €	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	1700 €	Y compris les personnes de 20 ans
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100% BR	
PREVENTION - BIEN-ETRE		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	3,5 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Ostéopathies et autres médecines douces** (si consultations pratiquées par un professionnel de santé titulaire d'un diplôme d'État reconnu dans sa spécialité et recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 € / séance	Limité à 2 séances par année civile par bénéficiaire
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	100 % BR + 10 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
MATERNITE		
- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré

FONDS SOCIAL

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'Organisme Assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle. Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge... Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés. Les Organismes Assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	CONFORT PLUS	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (10)	85 €	67 €
		SPH < - 6 ou > + 6	160 €	141 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	94 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	94 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	152 €	133 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	152 €	133 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	168 €	150 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	202 €	183 €
		SPH < - 4 ou > + 4	218 €	200 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	218 €	200 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	235 €	200 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	235 €	216 €
		SPH > 0 et S > + 8	235 €	216 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	235 €	216 €

* **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / * **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * **AMC** : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / * **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / * **Service Médical Rendu (SMR)** : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * **HLF** : Honoraires Limites de Facturation / * **PLV** : Prix limite de vente / * **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

* ** Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Etiopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédiurie, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Réflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle.

(1) Dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés,

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.
- Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.
- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
 - Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements correctifs chacun un des deux déficits mentionnés.
 - Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

(10) Le verre neutre est compris dans cette classe.

ANNEXE 2 : LISTE ET CONTACTS DES ORGANISMES ASSUREURS

ORGANISMES ASSUREURS	CONTACTS DPO	RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	ACTION SOCIALE
AG2R Prévoyance – Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris - Siren 333 232 270	Par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à : AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr .	Réclamation Le réclamant peut s'adresser à l'Institution : - Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante : www.ag2rlamondiale.fr ; - Via l'espace client ; - Par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX - Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : ■ 09 72 67 22 22 pour les entreprises, ■ 09 69 32 20 00 pour les particuliers. Médiation Le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale : - Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ ; - Par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la protection sociale 10, Rue Cambacérès 75008 Paris	AG2R LA MONDIALE ACTION SOCIALE Aides Individuelles TSA 64524 28944 CHARTRES CEDEX 09
Apivia Macif Mutuelle Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet 75015 PARIS Cedex 15.	Apivia Macif Mutuelle Groupe Macif. Direction Contrôle Interne et Conformité - DPO 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS	Apivia Macif Mutuelle Vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre interlocuteur privilégié. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles. Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation écrite au Service Qualité à l'adresse suivante : TSA 27270 - 79060 Niort cedex ; Ou via notre site internet : www.macif.fr . Si la réponse apportée à votre réclamation ne vous satisfait pas, et en tout état de dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite – que vous ayez ou non reçu une réponse, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 ou sur le site internet : www.mediation-assurance.org	Apivia Macif Mutuelle Toutes les demandes devront être adressées directement au centre de gestion habituel
AÉSIO mutuelle Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité. Immatriculée sous le n°775 627 391, dont le siège social est 173 rue de Bercy 75012 PARIS	AÉSIO mutuelle Délégué à la Protection des Données par email à dpo@aesio.fr ou par courrier à : AÉSIO mutuelle – Délégué à la protection des données – 173 rue de Bercy 75012 PARIS	AÉSIO mutuelle soit par courrier à AÉSIO mutuelle – Service Réclamations – TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX, soit directement sur le formulaire de contact accessible dans l'espace adhérents ou sur le site internet de la Mutuelle : aesio.fr	AÉSIO mutuelle Soit par courrier : Département des fonds sociaux 393 Rue de l'Hostellerie TSA 50002 30018 Nîmes Cedex 9 <u>Soit</u> par mail fondsocial@aesio.fr
HARMONIE MUTUELLE Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473. N° LEI 969500JLU5ZH89G4TD57 <u>Siège social</u> : 143, rue Blomet - 75015 Paris	HARMONIE MUTUELLE Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 NANTES Cedex 2 dpo@harmonie-mutuelle.fr	HARMONIE MUTUELLE Réclamation : Soit sur votre espace Harmonie&Moi Soit par courrier à l'adresse figurant sur votre carte mutualiste. Médiation : Soit sur le site du médiateur : http://cnpm-mediation-consommation.eu Soit par courrier à : CNPM MÉDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 Saint-Chamond	Par téléphone : au numéro de téléphone indiqué sur la carte d'adhérent Ou en vous rendant dans votre agence Harmonie Mutuelle

KLESIA Mut' (anciennement Mutuelle UMC, Mutuelle SMIRSEP et Mutuelle Saint Germain) Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 529 168 007. Siège social : 4 rue Georges Picquart 75017 Paris	KLESIA Mut' Service INFO CNIL CS 30027 93108 MONTREUIL CEDEX info. cnil@klesia.fr	KLESIA Mut' Service Réclamations 4 rue Georges Picquart 75017 Paris. Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'Entreprise, le salarié ou ses ayants droit peuvent afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Organisme Assureur, saisir le Médiateur de la protection sociale, dans un délai d'un an à compter de la réclamation. Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de l'Organisme Assureur dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de l'Organisme Assureur. Par courrier à l'adresse suivante : - Médiateur de la protection sociale (CTIP) 10 rue Cambacérès 75008 PARIS - sur le site internet : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/.	KLESIA Mut' Par mail : aides.indivuellesprevoyance@klesia.fr Par courrier : KLESIA - Direction de l'Action sociale 1-13, rue Denise Buisson 93554 MONTREUIL CEDEX
Mutest Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 641 681. <u>Siège social</u> : 11 Boulevard du Président Wilson - CS 60019 - 67082 Strasbourg Cedex	Mutest 11 Boulevard du Président Wilson CS 60019 – 67082 Strasbourg Cedex dpo.rgpd@mutest.fr	Mutest 11 Boulevard du Président Wilson CS 60019 – 67082 Strasbourg Cedex Service Réclamations contact@mutest.fr 09 69 36 32 32	Mutest Fonds Social 11, Boulevard du Président WILSON CS 60019 67082 STRASBOURG Cedex
Mutuelle Ociane Matmut Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085. <u>Siège social</u> : 35 rue Claude Bonnier - 33054 Bordeaux Cedex	Matmut A l'attention du Délégué à la Protection des Données 66 rue de Sotteville 76100 Rouen <u>Par mail</u> : dpd@matmut.fr	Matmut <u>Service Réclamation</u> : 66 rue de Sotteville 76100 Rouen	Mutuelle Ociane Matmut Fonds d'Entraide Mutualiste 35 RUE CLAUDE BONNIER 33054 BORDEAUX CEDEX ou par mail à : fem@ocianegroupematmut.fr

ANNEXE 3 : QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?

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

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

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 18 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions ont pris effet respectivement :

- depuis le 1er janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- depuis le 1er janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées respectent, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Une garantie responsable doit prévoir :

1- Des prises en charge obligatoires en soins de ville et d'hospitalisation

- La prise en charge de 100 % de la participation laissée à la charge des assurés (= 100 % du Ticket modérateur) pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, **sauf pour la pharmacie remboursée à 15 % et 30 %, l'homéopathie et les cures thermales** ;
- La prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;
- La prise en charge du Forfait Patient Urgences (FPU) défini à l'article L160-13, I du Code de la Sécurité sociale.
- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite du nombre de séances prises en charge par l'assurance maladie obligatoire par an.

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

Dépassement d'honoraires des médecins : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)(1) prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100 % de la base de remboursement sécurité sociale (BR) et doit être inférieure d'au moins 20 % de la BR à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

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

Remboursement Optique : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP⁽²⁾ après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels, **dans la limite des PLV**.
- La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Enfin, **le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros** (AMO incluse).

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

Remboursement des aides auditives : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- La prise en charge des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels, dans la limite des PLV.
- La prise en charge des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

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

4- Des exclusions de prise en charge

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
- la minoration de prise en charge prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport.

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

5- La possibilité de bénéficier du tiers payant

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

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

(2) Liste des Produits et Prestations



AÉSIO mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, agissant pour le compte des organismes coassureurs (KLESIA mut, Mutuelle Ociane Matmut, Harmonie mutuelle)



AG2R Prévoyance : Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale. Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 333 232 270. Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris



Apivia Macif Mutuelle : Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet 75015 Paris Cedex 15.