

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

IDCC N°2596

RÉGIME
CONVENTIONNEL
FRAIS DE SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION



ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

À remettre à votre employeur

Je soussigné(e)
Reconnais avoir reçu une Notice d'Information sur le régime de protection sociale
complémentaire des Frais de Santé souscrit par mon employeur :
.....
.....

À
Le

Signature :

PRÉAMBULE	5
LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ	6
A. Les entreprises	6
B. Les assurés	6
C. Les ayants droit (ou assimilés)	6
LES FORMALITÉS D’AFFILIATION	7
A. Conditions d’admission au régime conventionnel obligatoire	7
B. Conditions au régime conventionnel optionnel	8
C. Choix du niveau de garanties, durée et résiliation	8
D. Modification de votre situation familiale	9
E. Modification de votre situation administrative	9
LES COTISATIONS	10
A. Paiement de la cotisation	10
B. Défaut de paiement de la cotisation	10
LES GARANTIES	11
A. Définition et tableaux des garanties	11
B. Maintien des garanties	11
C. Cessation des garanties	12
LE PARCOURS DE SOINS	14
LE CONTRAT RESPONSABLE ET LE PANIER DE SOINS	15
LE VERSEMENT DES PRESTATIONS	17
A. Comment vous faire rembourser ?	17
B. Quelles sont les limites au versement de vos prestations ?	18
LE RÉGIME D’ACCUEIL	20
A. Les bénéficiaires du régime d’accueil	20
B. Les prestations	20
C. Les cotisations	20
D. Renonciation/résiliation	20
E. Cessation des garanties	21
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	22
LEXIQUE	24
ANNEXE I - RÉCLAMATION, MÉDIATION, PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES : ADRESSES DE CONTACT DES ORGANISMES ASSUREURS	26

PRÉAMBULE

Par avenant n°11 du 16 avril 2008 tel qu'il résulte de ses différents avenants, à votre Convention Collective Nationale de travail, les partenaires sociaux de la Branche professionnelle de la Coiffure ont notamment mis en conformité votre régime frais de santé avec le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'Assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Ces décrets détaillent un nouveau cahier des charges redéfinissant le périmètre des contrats responsables, avec notamment la mise en place de planchers et plafonds de remboursement sur certaines garanties.

De plus, l'avenant n°1 du 15 juin 2016 a modifié l'avenant n°11 du 16 avril 2008 tel qu'il résulte de ses différents avenants, afin de définir les fonctions et modalités de fonctionnement du comité de pilotage et de suivi de l'accord de branche relatif au régime frais de santé.

Le régime frais de santé est coassuré par les organismes assureurs listés en annexe de la présente notice.

Le régime complémentaire « frais de santé » se compose de deux niveaux de garanties :

- **Des garanties obligatoires** (intitulées ci-après régime conventionnel obligatoire) : elles ont pour objet de permettre aux salariés des Entreprises et Etablissements de la Coiffure de bénéficier de la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie ou un accident, et indemnisés par la Sécurité sociale (Régime Général ou Alsace-Moselle).
- Et **des garanties facultatives surcomplémentaires au régime obligatoire** (régime optionnel) : elles complètent le régime conventionnel. Les salariés ne peuvent bénéficier du régime optionnel qu'à la condition d'y avoir expressément adhéré.

En tout état de cause, l'adhésion au régime optionnel n'est possible qu'à la condition expresse que votre Entreprise ait adhéré au régime conventionnel.

Les garanties surcomplémentaires peuvent également revêtir un caractère obligatoire selon le choix effectué par votre Entreprise. Dans ce cas, vous et votre(vos) enfant(s) à charge y serez affiliés à titre obligatoire et bénéficierez ainsi d'un régime conventionnel amélioré.

Cette notice d'information décrit les prestations dont vous jouissez dans le cadre de votre régime « frais de santé » et l'ensemble de vos droits et obligations au contrat.

Elle vous indique également les démarches administratives à accomplir pour obtenir le paiement des prestations.

LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

A. LES ENTREPRISES

Bénéficient du régime « soins santé », les salariés des Entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des professions connexes.

Ces Entreprises doivent couvrir à titre obligatoire l'ensemble des salariés.

B. LES ASSURÉS

Le régime conventionnel « frais de santé » à adhésion obligatoire concerne l'ensemble des salariés quel que soit leur statut (sous contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée, les apprentis...), affiliés en leur nom propre au Régime Général de la Sécurité sociale ou au régime Alsace- Moselle.

Ainsi affilié, vous êtes alors appelé « adhérent » et acquérez la qualité de « membre participant » de la mutuelle assureur dont relève votre Employeur.

Toutefois, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au contrat selon les modalités prévues à l'avenant n°36 du 8 juillet 2015 à l'avenant n°11 du 16 avril 2008 à la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes.

De plus, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au contrat en application des textes en vigueur relatifs aux cas de dispenses dits de plein droit.

C. LES AYANTS DROIT (OU ASSIMILÉS)

Ayants droit affiliés à titre obligatoire

Le régime mis en place dans l'Entreprise couvre également à titre obligatoire dans le cadre d'une cotisation uniforme « Salarié + Enfant(s) », vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, tels que définis ci-après :

- À charge au sens de la Sécurité sociale.
- S'ils justifient de la poursuite de leurs études à plein temps et au plus tard jusqu'à leur 26^e anniversaire, ayant leur propre immatriculation.
- S'ils justifient de la poursuite de leurs études à temps partiel, en contrat d'apprentissage ou professionnalisation) et dont les ressources sont inférieures à 80% du SMIC, au plus tard jusqu'à leur 26^e anniversaire, ayant leur propre immatriculation.
- Âgés de moins de 26 ans, ayant terminé leur scolarité, inscrits à l'assurance chômage et en recherche d'un premier emploi pendant une durée d'un an au maximum.
- Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints de maladies chroniques ou incurables les mettant dans l'impossibilité permanente de se livrer à toute activité rémunérée selon la réglementation de la Sécurité sociale, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 146-9 du Code de l'Action Sociale et de la Famille ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » et percevant l'allocation compensatrice pour adultes handicapés (AAH).

Ayants droit adhérents à titre facultatif

Peuvent bénéficier du régime de manière facultative, moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle :

■ Votre conjoint :

- **Votre conjoint non divorcé, non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ayant ou non une activité professionnelle.** À défaut, est assimilé à votre conjoint :
- Votre **partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).**
- Votre concubin. Est considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun (quittance de loyer, facture EDF...). Les concubins ne doivent être, ni l'un ni l'autre mariés ou liés par un PACS.
- **Toute personne vivant sous le même toit que le salarié et reconnue par la Sécurité sociale comme ayant droit du salarié.**

LES FORMALITÉS D’AFFILIATION

A. CONDITIONS D’ADMISSION AU RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

L’affiliation au régime conventionnel est obligatoire pour l’ensemble des salariés. Elle est acquise dès la date d’adhésion de votre Entreprise au régime ou dès votre embauche.

Sont immédiatement admis au régime conventionnel obligatoire les salariés dont l’Entreprise a souscrit au dit régime. Pour les salariés engagés postérieurement, cette admission prend effet à la date d’embauche.

Cette disposition ne vous dispense pas de remplir le Bulletin Individuel d’Affiliation qui vous a été remis, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit.

Votre affiliation ne pourra ainsi produire ses effets que dans la mesure où vous remplissez et signez un Bulletin Individuel d’Affiliation qui vous est remis, via l’Entreprise, par l’Organisme Assureur

Il vous appartient de remettre ce bulletin à votre Employeur accompagné des pièces justificatives décrites ci-dessous. L’admission est matérialisée par la remise d’une carte de Tiers payant valant adhésion pour l’assuré et ses ayants droit.

PIÈCES À JOINDRE

Assuré (salarié, retraité...)	• Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale). • Copie du livret de famille. • Relevé d’Identité Bancaire ou IBAN sur lequel vous désirez recevoir vos prestations.
Conjoint	• Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s’il est lui-même assuré social.
Concubin - Partenaire de Pacs	• Justificatif de vie commune (quittance de loyer, facture énergétique, avis d’imposition...) ou copie du contrat de Pacs. • Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s’il est lui-même assuré social.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	• Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de Pacs justifiant de la qualité d’ayant droit.
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	• Certificat de scolarité ou copie carte d’étudiant • Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du régime étudiant.
Enfant de moins de 26 ans, en contrat d’apprentissage (apprentissage ou professionnalisation)	• Contrat d’apprentissage ou de professionnalisation. • Dernier bulletin de salaire. • Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
Enfant ayant terminé ses études au plus tard à 26 ans et inscrit à l’assurance chômage	• Certificat de scolarité de la dernière année d’études. • Attestation d’inscription au l’assurance chômage. • Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
Enfant atteint d’une infirmité l’empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Sécurité sociale)	• Tout document justificatif (notification de l’invalidité, attestation versement de l’AAH...).
Autre personne à charge	• Avis d’imposition ou de non-imposition du salarié. • Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).

Certaines pièces justificatives ont une durée de validité d’un an. Votre Organisme Assureur vous demandera de lui transmettre les justificatifs afin de prolonger les droits de vos enfants à charge.

Il se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.



B. CONDITIONS AU RÉGIME CONVENTIONNEL OPTIONNEL

Les régimes optionnels proposés peuvent être choisis librement, à votre initiative, dans les conditions suivantes :

- L'adhésion doit être effectuée dans les trois (3) premiers mois suivant la date d'adhésion de votre Entreprise au régime conventionnel ou de votre embauche. À défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante ;
- L'adhésion concerne le salarié et le cas échéant ses ayants droit inscrits au régime conventionnel obligatoire.

C. CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIES, DURÉE ET RÉSILIATION

Contenu du régime « frais de santé » :

- Un régime conventionnel de base à adhésion obligatoire ;
- Deux régimes optionnels (option "confort" et option "confort +") à adhésion facultative.

Changement du niveau de garanties :

Vous et vos ayants droit pouvez souhaiter changer de formule. Ce choix est valable pour l'ensemble des bénéficiaires du présent contrat et dans les conditions suivantes :

- Sous réserve d'en aviser l'Organisme Assureur par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours, ce changement sera alors effectif à partir du 1^{er} janvier suivant.
- En cas de modification de votre situation familiale (nouvel ayant droit ou ayant droit cessant de remplir les conditions requises), notifiée dans les trente (30) jours qui suivent l'évènement et sous réserve que vous en apportiez la preuve, le changement prenant effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.
- En cas de modification de la situation professionnelle de votre conjoint (embauche, cessation du contrat de travail) ayant pour conséquence selon le cas, soit qu'il cesse d'être couvert, soit qu'il soit dans l'obligation d'être couvert, par le régime frais de santé mis en place au sein de son Entreprise, sous réserve que vous en apportiez la preuve, le changement prenant effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

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

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

Durée d'adhésion au régime optionnel

L'adhésion à un régime optionnel est acquise dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année ; elle se poursuit par tacite reconduction, sauf résiliation adressée à votre Organisme Assureur au moins **deux mois** avant l'échéance.

Radiation du conjoint facultatif

• Modalités

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

• Dérogations

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

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

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

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

Résiliation des garanties optionnelles

• Modalités

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

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

La demande de résiliation peut être effectuée, au choix :

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



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

• Dérogations

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

- En cas de modification des garanties, vous pouvez demander la radiation de vos garanties optionnelles dans un délai **d'un mois** à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties. Dans ce cas, vous continuerez, éventuellement avec vos ayants droit, à être couvert au titre du régime de base.
- En cas de changement de votre situation familiale dûment justifié (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit), sous réserve d'en faire la demande dans les **deux mois** qui suivent l'évènement. La résiliation prendra effet rétroactivement à la date de l'évènement.

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

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

D. MODIFICATION DE VOTRE SITUATION FAMILIALE

Tout changement de votre situation de famille doit être porté à la connaissance de votre Employeur et de votre Organisme Assureur le plus rapidement possible, et ce au plus tard, dans les **trois (3) mois** qui suivent l'évènement, à l'exception de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, qui doivent être déclarées dans les **trente (30) jours** qui suivent.

Il convient de remplir un nouveau Bulletin Individuel d'Affiliation disponible auprès de votre Employeur qui le transmettra à l'Organisme Assureur.

En cas de déclaration tardive, la modification n'est prise en considération qu'à compter du premier mois civil suivant la réception par votre Organisme Assureur de ces informations.

E. MODIFICATION DE VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

Signalez rapidement à votre Organisme Assureur tout changement relatif à la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de CPAM, de coordonnées bancaires, de perte ou de vol de votre carte d'adhérent...).



LES COTISATIONS

A. PAIEMENT DE LA COTISATION

Pour l'adhésion au régime conventionnel obligatoire, votre part de cotisation est précomptée directement par votre Employeur, sur votre bulletin de salaire.

Pour l'adhésion au régime optionnel et l'extension des garanties aux conjoints (ou assimilés), la cotisation additionnelle est prélevée mensuellement sur votre compte bancaire par l'Organisme Assureur.

B. DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

- **Régime conventionnel obligatoire** : à défaut de paiement de la cotisation, par l'employeur, dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente (30) jours après la mise en demeure de l'employeur.
Si tel est le cas, le membre participant a la possibilité de se substituer à l'employeur défaillant et de régler, à sa place, la cotisation.
À défaut de paiement, l'organisme assureur a le droit de mettre fin au contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours précités.
Le contrat non résilié ne reprendra ses effets qu'au lendemain midi du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension.
- **Adhésion du conjoint ou assimilé** : à défaut de paiement de la cotisation ou fraction de la cotisation du conjoint ou assimilé due dans les **dix (10) jours** de son échéance, l'Organisme Assureur peut procéder à une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé réception. Faute d'une régularisation dans un délai de **quarante (40) jours**, à compter de la mise en demeure, l'Organisme Assureur peut le radier. Les frais entraînés par un rejet de prélèvement pour défaut de provision, vous sont imputables.
- **Régime optionnel souscrit à titre facultatif** : le non-paiement des cotisations dues au titre de l'adhésion au régime optionnel entraîne la suspension des garanties et à défaut de régularisation la cessation des garanties, dans les mêmes conditions que celles définies en cas de non-paiement de la cotisation du conjoint ou assimilé.

A. DÉFINITION ET TABLEAUX DES GARANTIES

Les garanties frais de santé telles que prévues par la présente notice, consistent à vous faire bénéficier ainsi qu'à vos ayants droit de la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, prescrits par une autorité médicale qualifiée et remboursés par la Sécurité sociale, sous réserve de l'application des frais non pris en charge dans le cadre du « contrat responsable ».

Certains frais inscrits à la Nomenclature ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement dans les conditions fixées dans le tableau des garanties ci-après.

Les prestations sont dues au titre des actes de santé prescrits et des frais correspondants engagés à compter de la date d'adhésion et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime.

Le montant des prestations est dans tous les cas limité pour chaque acte aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire (après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire) et aux plafonds d'indemnisation fixés aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

À l'exception des forfaits indiqués en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, les prestations sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de l'Assurance maladie (BR) ou en euros (€).

B. MAINTIEN DES GARANTIES

1) Cas de suspension de contrat de travail indemnisé

En cas de suspension de votre contrat de travail donnant lieu à indemnisation par votre Employeur (maintien de salaire ou indemnités journalières), les garanties sont maintenues, pendant toute la durée de suspension de votre contrat de travail.

Les garanties sont également maintenues dans les mêmes conditions que les salariés actifs en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur.

Vous continuez à bénéficier de la participation de votre Employeur et à payer votre part de cotisation selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les assurés en activité.

2) Cas de suspension de contrat de travail non indemnisé

Les garanties sont suspendues de plein droit si vous vous trouvez dans un des cas de suspension du contrat de travail, de plus d'un mois, ne donnant lieu à aucune indemnisation par votre Employeur (maintien de salaire ou indemnités journalières) énoncés ci-dessous :

- Congé sabbatique ;
- Congé pour création d'Entreprise ;
- Congé parental d'éducation ;
- Congé individuel de formation ;
- Congé de présence parentale ;

- Congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'Employeur et le salarié ;
- Et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient alors à la date de la cessation de votre activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective de votre activité professionnelle. Aucune cotisation n'est due pendant cette période.

Vous pouvez néanmoins adhérer, à titre individuel et facultatif au régime d'accueil, sous réserve d'en faire la demande auprès de votre Organisme Assureur dans le mois suivant la suspension de votre contrat de travail.

Les garanties prennent alors effet le premier jour du mois suivant votre demande et au plus tôt le premier jour de la suspension du contrat de travail.

La cotisation, à la charge exclusive de l'adhérent, est celle des actifs, et est prélevée par l'Organisme Assureur, sur son compte bancaire.

À défaut de paiement de la cotisation due dans les **dix (10) jours** de son échéance, votre Organisme Assureur peut procéder à une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé réception.

Faute d'une régularisation dans un délai de **quarante (40) jours**, à compter de la mise en demeure, votre Organisme Assureur peut vous radier.

Les frais entraînés par un rejet de prélèvement pour défaut de provision, vous sont imputables.

Le maintien des garanties cesse :

• Résiliation du maintien :

Vous pouvez résilier le maintien facultatif chaque année à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une demande à cet effet à la mutuelle au moins **deux mois** avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

Vous pouvez également résilier votre maintien facultatif en cours d'année après expiration d'un délai **d'un an** à compter de la prise d'effet du maintien. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

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

La demande de résiliation peut être effectuée, au choix :

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

• Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- À la date de fin de la suspension de votre contrat de travail.
- À l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe ci-dessus.
- À la date à laquelle vous résiliez votre affiliation, effectuée dans les conditions prévues au paragraphe précédent "résiliation du maintien".
- À la date de liquidation de votre pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite prévue par la législation en vigueur.
- À la date d'effet de la résiliation du contrat collectif souscrit par votre Entreprise.
- À la date de cessation de votre contrat de travail (correspondant au terme du préavis effectué ou non).
- Et, en tout état de cause, au jour de votre décès.

3) Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par l'assurance chômage (dispositif de portabilité)

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

- Le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés (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.**
- L'ancien salarié doit justifier auprès de son Organisme Assureur sa prise en charge par le régime d'Assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.
- Les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier Employeur, c'est-à-dire que l'ancien salarié bénéficie, à la date de cessation de son contrat de travail, du régime de frais de santé prévu au contrat.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié (terme du délai de préavis, effectué ou non), et se prolonge pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier Employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois (12).

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

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

Le maintien des garanties cesse :

- À la date de cessation de votre indemnisation en tant qu'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 vous n'apportez plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation.
- En cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation.
- En tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez prétendre en tant qu'ancien salarié et au plus tard au terme d'un délai de douze (12) mois suivant la date de cessation de votre contrat de travail.
- Au jour de votre décès.

Articulation entre les modalités de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale et celles de l'article 4 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier du maintien de la couverture de la garantie, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, les anciens salariés, bénéficiaires, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Afin de préserver vos droits en cas de maintien des garanties en application de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, ce délai de six (6) mois est dans ce cas décompté à compter de la date à laquelle cessent vos droits à portabilité.

C. CESSATION DES GARANTIES

Cessation des garanties pour le régime obligatoire :

- À la date de rupture de votre contrat de travail, sous réserve des dispositions prévues en matière de maintien des garanties en application de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 défini au chapitre « Le régime d'accueil ».
- À la date de la liquidation de votre retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite tel que défini par la législation en vigueur.
- À la date de radiation de l'Entreprise adhérente.
- À la date de votre décès sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Évin pour vos ayants droit.
- À la date d'effet de la résiliation du contrat collectif souscrit par votre Entreprise.

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

Cessation des garanties pour le régime optionnel et l'adhésion à titre facultatif du conjoint :

- À la date de rupture de votre contrat de travail, sous réserve des dispositions prévues en matière de maintien des garanties en application de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 défini au chapitre « Le régime d'accueil ».



- À la date de la liquidation de votre retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite tel que défini par la législation en vigueur.
- À l'issue de la procédure mise en œuvre en cas de non-paiement des cotisations.
- À la date de dénonciation ou résiliation de votre adhésion individuelle opérée dans les conditions prévues au paragraphe "résiliation des garanties optionnelles".
- À la date de votre décès sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 pour vos ayants droit.
- À la date d'effet de la résiliation du contrat collectif (obligatoire ou optionnel) souscrit par votre Entreprise.
- Pour vos ayants droit, à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayant droit.
- Pour votre conjoint, à la date à laquelle son adhésion a été résiliée.

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

La résiliation de l'adhésion du conjoint est définitive.

Dès lors que cessent vos garanties, vous devez restituer votre carte de Tiers payant à votre Organisme Assureur dans les meilleurs délais.

LE PARCOURS DE SOINS

LE PRINCIPE

Le parcours de soins coordonnés consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour votre suivi médical. Le parcours de soins garantit une meilleure prise en charge des dépenses de santé. Pour en bénéficier, vous devez choisir et déclarer un médecin traitant.

MÉDECIN TRAITANT Soins de premier recours (Généraliste ou Spécialiste)

- Il participe à la mise en place et à la gestion du Dossier Médical Partagé.
- Il adresse le patient, si nécessaire et avec son accord, vers le médecin le plus apte à traiter sa situation spécifique, dit médecin correspondant.

MÉDECIN CORRESPONDANT

SUIVI RÉGULIER	AVIS PONCTUEL - EXPERTISE
• Le médecin traitant oriente son patient vers le médecin correspondant pour des soins répétés. • Le médecin traitant et le médecin correspondant définissent alors un plan de soins en termes de contenu et de périodicité, ou un protocole d'ALD (affection longue durée). • Le patient n'a plus à passer systématiquement par son médecin traitant dans le cadre de soins réguliers.	• Le médecin traitant peut orienter le patient vers le médecin correspondant pour un avis ponctuel (consultation unique). • Dans ce cas, le médecin correspondant ne devra pas avoir vu le patient dans les six mois précédents la consultation, et il ne devra pas le revoir dans les six mois qui suivent. • Il ne donnera pas de soins continus au patient et laissera au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

LES EXCEPTIONS

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux consultations en accès direct Gynécologues - Psychiatres (pour les moins de 26 ans) - Ophtalmologues - Stomatologues - Urgences - et en cas d'éloignement du domicile (congrès...).

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés et leurs consultations médicales sont également exonérées de la participation forfaitaire d'1 euro.

LE CONTRAT RESPONSABLE ET LE PANIER DE SOINS

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

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

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

- À compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire.
- À compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

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

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

1) Des prises en charge obligatoires

- La prise en charge de 100 % de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (= 100 % du Ticket modérateur), **sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30 %, l'homéopathie et les cures thermales.**
- La prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée.
- La prise en charge de l'intégralité du Forfait Patient Urgences (FPU).
- La prise en charge de 100 % de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite 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)* prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100 % de la base de remboursement Sécurité sociale (BRSS) et doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.**

(*) Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option de pratique tarifaire maîtrisée Anesthésie, chirurgie, obstétrique (OPTAM-ACO).

3) Des prises en charges dans le cadre du "100% Santé"

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

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

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



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

- Remboursement dentaire : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :
 - La prise en charge des actes appartenant au panier « 100 % Santé » (reste à charge zéro) au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels engagés.
 - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur.
 - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.
- **Remboursement des prothèses capillaires**
 - La prise en charge des prothèses de « Classe I » telles que définies dans la LPP est intégralement réalisée par l'AMO.

Le contrat responsable doit quant à lui prévoir :

- La prise en charge des prothèses de « Classe II » telles que définies dans la LPP en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur des frais réels engagés dans la limite des prix limites de ventes (PLV).
- La prise en charge des prothèses de « Classe III » et de « Classe IV » telles que définies dans la LPP à hauteur du ticket modérateur.
- **Remboursement de la location de courte durée des fauteuils roulants** : le contrat responsable doit prévoir la prise en charge du forfait de location hebdomadaire, du forfait de mise à disposition et du forfait de livraison à hauteur de 100 % des frais réels dans la limite des PLV et, dans la limite d'une période de trois (3) mois qui peut être prolongée de trois (3) mois supplémentaires, soit au maximum six (6) mois de facturations consécutives sur une année glissante.

4) Des exclusions de prise en charge

- **La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins.**
- **La franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins.**
- **La participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux.**
- **Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.**

- **La minoration 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.**

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 ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100 % Santé** ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et **dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100 % Santé**. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

A. COMMENT VOUS FAIRE REMBOURSER ?

• La télétransmission NOÉMIE

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOÉMIE) entre la caisse primaire d'Assurance maladie et votre Organisme Assureur.

Grâce à lui, vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes ; c'est votre CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité votre feuille de soins.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du système NOÉMIE, vous devez le préciser sur votre bulletin individuel d'affiliation. Vous devrez alors adresser à votre Organisme Assureur vos demandes de remboursement accompagnées des originaux des décomptes Sécurité sociale et éventuellement des justificatifs des frais réels engagés.

Cependant, pour certains actes, vous devez systématiquement fournir à votre Organisme Assureur une facture accompagnée de votre décompte d'assurance maladie.

• Les justificatifs à fournir

Frais dentaires

- Copie de la feuille de soins ;
- Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant :
 - La nature des travaux effectués ;
 - Le numéro des dents concernées ;
 - Le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.

Frais d'optique médicale

- Facture détaillée de la monture et des verres et prescription médicale ;
- Prescription médicale et facture détaillée acquittée pour les lentilles refusées par la Sécurité sociale.

Orthopédie - Prothèses autres que dentaires

- Facture détaillée.

Maternité

- Extrait de l'acte de naissance (ou d'adoption) de l'enfant.

• Le tiers payant

Le Tiers payant est un accord passé entre votre Organisme Assureur et les professionnels de santé. Il vous dispense de faire l'avance de tout ou partie de vos frais de santé des montants mentionnés au tableau des garanties et prestations figurant dans la présente notice d'information.

Lorsque vous avez satisfait aux modalités d'affiliation, il vous est remis une carte de Tiers payant. En présentant cette carte aux professionnels de santé pratiquant le Tiers payant, les prestations dues par votre Organisme Assureur sont directement réglées aux praticiens sur la part complémentaire, **dans la limite des montants mentionnés dans le tableau de garanties.**

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le Tiers payant est généralisé aux dépenses de soins de ville : vous pouvez en bénéficier auprès des professionnels de santé pratiquant le Tiers payant sur la part complémentaire, pour vos dépenses engagées relatives à toutes les prestations visées à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du Ticket Modérateur.

Si vous ne faites plus partie de l'Entreprise et ce quelle qu'en soit la cause (démission, retraite...), vous devrez restituer cette carte dans les huit jours suivant la date de la modification de votre situation, à votre Employeur qui devra nous la remettre.

• La prise en charge hospitalière

Si vous êtes hospitalisé dans un établissement conventionné, le centre de gestion de votre Organisme Assureur vous délivre sur simple appel téléphonique, un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux.

Cette prise en charge est adressée directement à l'établissement concerné.

• Cas particuliers

Prestation exprimée en pourcentage du plafond de la sécurité sociale

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

Adhésion à plusieurs organismes complémentaires

La liaison NOÉMIE ne fonctionne qu'entre votre CPAM et un seul organisme complémentaire. Si vous êtes adhérent à plusieurs organismes, vous devez choisir celui auprès duquel vous souhaitez que la connexion soit établie et l'indiquer lors de votre adhésion.

Si vous êtes bénéficiaire de plusieurs garanties frais de santé y compris en tant que bénéficiaire de votre conjoint salarié d'un salon entrant dans le champ d'application de l'Accord, vous pouvez obtenir le versement des prestations de chacune d'elles et ce, **dans la limite des dépenses réellement engagées.**

En cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à votre Organisme Assureur l'original du relevé de prestations de cet organisme, les copies des décomptes de Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.

Montant des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par les Organismes Assureurs 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.
- À défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la note d'honoraires ou la facture pour les soins non pris en charge par la Sécurité sociale.

Maternité

Les frais médico-chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) à l'occasion de la maternité de l'Assuré ou de son ayant droit, sont pris en charge dans les conditions indiquées dans les tableaux de garanties présentés en annexe.



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

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

Le remboursement des frais antérieurs à votre adhésion

Les frais de santé concernant les soins antérieurs à votre adhésion au régime seront à adresser à votre ancien organisme complémentaire (mutuelle, assureur...), qui procédera à leurs règlements.

• Versement des prestations :

- Dans un délai de 48 heures en flux Noémie (télé-transmission) ;
- Dans un délai maximum de 5 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des pièces nécessaires à la constitution de votre dossier complet.

Si vous n'avez pas fait usage du Tiers payant, ce paiement est effectué par virement sur votre compte bancaire, sous réserve que vous ayez fourni un relevé d'identité bancaire.

Si vous avez fait usage du Tiers payant, le paiement est effectué directement aux professionnels de santé.

B. QUELLES SONT LES LIMITES AU VERSEMENT DE VOS PRESTATIONS ?

• Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et dans la limite des plafonds d'indemnisation fixés aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

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

De même, lorsque les deux conjoints (ou assimilés) sont salariés de l'Entreprise souscriptrice du Contrat objet des présentes Conditions Générales et que les deux cotisent et sont affiliés à titre principal, si le Contrat prévoit la couverture du conjoint (ou assimilé) en tant qu'ayant droit, chacun peut prétendre pour lui-même et ses enfants à charge, à un complément de remboursement comme ayant droit de son conjoint (ou assimilé), dans les limites exposées au paragraphe précédent.

Les prestations prévues au présent contrat sont des prestations en espèces présentant un caractère indemnitaire.

• Restitution des prestations indues

Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées indûment à un bénéficiaire (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 recevoir (suite à une erreur de calcul, par exemple), ce bénéficiaire devra rembourser à la Mutuelle les sommes indûment perçues, 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 la Mutuelle.

La Mutuelle a 5 ans pour demander le paiement de cet indu, à compter du paiement, sauf à ce qu'elle 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.

• Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Assuré ou de son ayant droit, que du jour où les Organismes Assureurs en ont eu connaissance.
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré ou de son ayant droit contre les Organismes Assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par celui-ci.

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



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

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

• Fausse déclaration

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part d'un adhérent, l'Organisme Assureur peut prononcer la nullité des droits aux prestations qui ont fait l'objet de la fraude sans préjudice des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

• Territorialité

Les garanties ne vous sont acquises que si vous exercez votre activité sur le territoire métropolitain et selon les accords en vigueur dans les départements et régions d'outre-mer.

Les garanties Frais de Santé souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier si votre séjour à l'étranger n'excède pas trois (3) mois ou si vous êtes détaché par votre Employeur au sein de l'Union Européenne et que vous bénéficiez du régime de la Sécurité sociale. Les prestations viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale française et sont payées en euros.

LE RÉGIME D'ACCUEIL

A. LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME D'ACCUEIL

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier du maintien de la couverture de la garantie, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- Les salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale ;
- Les bénéficiaires d'une retraite anticipée ;
- Les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu ;
- Les salariés licenciés et percevant des prestations l'assurance chômage ;
- Les conjoints et les ayants droit des adhérents décédés.

La demande doit être effectuée auprès de votre Organisme Assureur dans les six (6) mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le maintien prévu à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, ou pour les ayants droit, dans les six (6) mois du décès du salarié.

Les garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la radiation du contrat des actifs ou de votre décès le cas échéant et au plus tard le lendemain de la demande.

B. LES PRESTATIONS

Les prestations sont identiques à celles en vigueur au moment de la rupture du contrat de travail de l'assuré, tout comme les modalités de choix, de durée et de changement de garanties.

Les modalités d'adhésion ou de renonciation aux régimes optionnels sont identiques à celles prévues pour les salariés actifs.

C. LES COTISATIONS

Les cotisations, payables mensuellement et d'avance, sont prélevées directement par l'Organisme Assureur sur votre compte bancaire. Elles sont fixées en référence au contrat auquel vous étiez affilié en tant que salarié et dans la limite définie par la réglementation en vigueur à la date d'effet de votre adhésion.

Vous ne bénéficiez d'aucune participation de la part de votre Employeur.

Le bénéfice de la garantie est étendu aux ayants droit sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

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

Défaut de paiement de la cotisation

À défaut de paiement de la cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, l'Organisme Assureur peut procéder à une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé réception ou par recommandé électronique avec avis de réception.

Faute d'une régularisation dans un délai de quarante (40) jours, à compter de la mise en demeure, l'Organisme Assureur peut vous radier.

Les frais entraînés par un rejet de prélèvement pour défaut de provision, vous sont imputables.

En cas de règlement de la cotisation pour partie par le souscripteur et pour partie par l'adhérent

Le défaut de paiement du souscripteur entraîne la résiliation de l'ensemble des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Le défaut de paiement de l'adhérent au titre de garanties facultatives, pour ses ayants droit ou pour lui-même, entraîne la résiliation des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

À défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur, la part de la cotisation payée par l'adhérent afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque, lui est remboursée. Cela ne concerne que les garanties facultatives au titre d'option ou de la couverture des ayants droit.

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- De supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- Et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet du mode de paiement effectué notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

D. RENONCIATION/RÉSILIATION

Les adhérents ont la faculté de :

- Renoncer à leur adhésion, pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où ils sont informés que l'adhésion au régime d'accueil a pris effet, par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Organisme Assureur. La renonciation entraîne de plein droit la restitution par l'Organisme Assureur de l'intégralité des cotisations versées par le bénéficiaire dans un délai maximal de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, sous déduction des éventuelles prestations versées.
- Résilier leur adhésion au 31 décembre de chaque année, moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois, et l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Organisme Assureur.
- Résilier leur adhésion en cours d'année après expiration d'un délai d'un an suivant la date d'effet du maintien de garantie. La résiliation prend effet un mois après la réception de la demande par la mutuelle.

Tant la renonciation que la résiliation ont un caractère définitif pour vous et vos ayants droit.



La demande de résiliation peut être effectuée, au choix :

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

E. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- À la date de renonciation ou de résiliation de votre adhésion, telle que prévue au paragraphe D.
- À la date de votre radiation par l'Organisme Assureur, en cas de non-paiement des cotisations, tel que prévu au paragraphe C.
- Au jour de votre décès.



INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Contrôle du statut des concubins : les Organismes Assureurs peuvent, à tout moment, réclamer aux adhérents les justificatifs actualisés attestant de la vie commune.

SUBROGATION

Les organismes assureurs sont subrogés de plein droit aux adhérents victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

RÉCLAMATION - MÉDIATION

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 par écrit auprès de l'Organisme Assureur aux coordonnées mentionnées en Annexe 1.

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 dont les coordonnées sont mentionnées en Annexe 1.

La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION (ACPR)

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

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

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

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de cinq (5) ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, les données peuvent être conservées trois (3) ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de l'Assuré (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Des précisions complémentaires sur les durées de conservation des données peuvent être obtenues en contactant son Organisme Assureur.

L'Assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement des données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la protection des données (DPO) de son Organisme Assureur, dont les coordonnées sont précisées en Annexe 1.

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

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

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

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

Pour en apprendre plus sur la manière dont la mutuelle traite les données, le salarié et ses ayants droit peuvent consulter la rubrique dédiée sur le site internet de la Mutuelle.



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

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en oeuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). Afin de permettre à la Mutuelle de respecter ces obligations, l'adhérent 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 la mutuelle est assujettie. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la mutuelle.

LEXIQUE

ADHÉRENT

Personne physique affiliée au titre d'un contrat souscrit par l'Entreprise où elle exerce ou a exercé son activité professionnelle.

AYANT DROIT

Personne physique couverte par la garantie de l'adhérent (conjoint, enfants...).

PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PASS)

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

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS)

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

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

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

OPTAM (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE) ET OPTAM-ACO (Option de pratique tarifaire maîtrisée Anesthésie, chirurgie, obstétrique)

L'OPTAM est ouverte :

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

L'OPTAM-ACO est ouverte aux médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes d'anesthésie, de chirurgie ou d'obstétrique durant l'année précédant leur demande de conventionnement.

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

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

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

MÉDECIN TRAITANT

Médecin chargé de la prise en charge du patient ou de son orientation vers un confrère (médecin correspondant) pour un avis ponctuel ou un suivi régulier. C'est dans la grande majorité un généraliste, mais il peut s'agir également d'un spécialiste.

MÉDECIN CORRESPONDANT

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

MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE

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

SECTEUR CONVENTIONNÉ ET SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

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

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

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

PARTICIPATION FORFAITAIRE

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

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

FRANCHISE

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

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



FORFAIT HOSPITALIER

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

BASE DE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE

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

TICKET MODÉRATEUR

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

RESTE À CHARGE

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

- Du Ticket Modérateur ;
- De l'éventuel dépassement d'honoraires.

ANNEXE I - RÉCLAMATION, MÉDIATION, PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES : ADRESSES DE CONTACT DES ORGANISMES ASSUREURS

MUTUELLES GESTIONNAIRES	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)
AÉSIO mutuelle Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391. Siège social : 173 Rue de Bercy 75012 PARIS	par courrier à : AÉSIO mutuelle Service Réclamations – TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX soit directement sur le formulaire de contact accessible dans votre espace adhérents ou sur le site internet de la mutuelle : aesio.fr	par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15 ou par mail à : mediation@mutualite.fr	par courrier à : AÉSIO mutuelle Délégué à la Protection des Données 173 Rue de Bercy 75012 PARIS ou par mail à : aesio.dpo@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. Siège social : 143 rue Blomet - 75 015 PARIS	sur l'espace Harmonie & Moi ou par courrier à l'adresse figurant sur la carte mutualiste	par courrier à : CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND ou sur le site internet : cnpm-mediation-consommation.eu	par courrier à : HARMONIE MUTUELLE Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 NANTES CEDEX 2 ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr
Mutuelle Mare-Gaillard Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 314 559 451. Siège social : Section Bernard - 97190 LE GOSIER - Guadeloupe	par courrier à : Service SRQC Section Bernard 97190 LE GOSIER ou par mail à : reclamation@maregaillard.com	par courrier à : Kévine BOUCHER Section Bernard 97190 LE GOSIER ou par mail à : kevine.boucher@maregaillard.com	par courrier à : Kévine BOUCHER DPO Section Bernard 97190 LE GOSIER ou par mail à : kevine.boucher@maregaillard.com
Mutuelle Ociane Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085. Siège social : 35 rue Claude Bonnier - 33054 BORDEAUX	par courrier à : OCIANE GROUPE MATMUT Service Réclamations 35 rue Claude Bonnier 33054 BORDEAUX Cedex ou par mail à : adherent@ociane.fr	par courrier à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09 ou par mail à : le.mediateur@mediation-assurance.org	par courrier à : GROUPE MATMUT DPO 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN ou par mail à : dpo@matmut.fr
Mutuelle du Soleil Livre II Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 782 395 511. Siège social : 36,36 bis av. Maréchal Foch - CS 91296 - 06005 NICE cedex 1	par courrier à : Service Réclamations Adhérents Mutuelles du Soleil - 36 -36 bis avenue Maréchal Foch 06000 NICE ou par mail à : reclamationsadherents@mutuellesdusoleil.fr	par écrit : CM2C - 14 rue Saint Jean - 75017 PARIS par mail : cm2c@cm2c.net sur le site internet : cm2c.net/declarer-un-litige.php en remplissant le formulaire prévu à cet effet (le n° SIREN à renseigner est 782395511)	par courrier à : Délégué à la Protection des Données de MUTUELLES DU SOLEIL Livre II 36/36 bis avenue Maréchal Foch 06005 NICE Cedex 1 ou par mail à : dpo.livre2@mutuellesdusoleil.fr



MUTUELLES GESTIONNAIRES	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)
Viasanté (AG2R La Mondiale) Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120. Siège social : 14-16 Bd Malesherbes 75008 PARIS	par courrier à : AG2R LA MONDIALE 14-16 Bd Malesherbes 75008 PARIS	par courrier à : En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au : Conciliateur de AG2R LA MONDIALE 32 avenue Émile Zola Mons en Baroeul 59896 LILLE Cedex 9 En cas de désaccord sur la réponse donnée par le conciliateur, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur de la FNMF : par internet : www.mediateur-mutualite.fr par courrier : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15.	par courrier à : AG2R LA MONDIALE À l'attention du Délégué à la protection des données 154 rue Anatole France, 92599 LEVALLOIS-PERRET Cedex
M Comme Mutuelle Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 783 711 997. Siège social : 28 rue des Arts - CS 90039 - 59046 LILLE Cedex	par courrier à : M COMME MUTUELLE Service Protection clientèle 28 rue des Arts - CS 90039 59046 LILLE Cedex ou par mail à : protection-clientele@mcommemutuelle.com	par courrier à : CMAP – Service Médiation de la consommation 39, avenue F.D. Roosevelt 75008 PARIS ou par mail à : consommation@cmap.fr	par courrier à : M COMME MUTUELLE Service Protection clientèle 28 rue des Arts - CS 90039 59046 LILLE Cedex ou par mail à : dpo@mcommemutuelle.com
Mutest Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 641 681. Siège social : 11 boulevard Wilson - CS 60019 - 67082 STRASBOURG	par courrier à : MUTEST, Centre de Relation Clients 11 boulevard du Président WILSON CS 60019 67082 STRASBOURG Cedex ou par mail à : reclamation@mutest.fr	par courrier à : MUTEST, Monsieur le Médiateur 11 boulevard du Président WILSON CS 60019 67082 STRASBOURG Cedex ou par mail à : contact@mutest.fr	par courrier à : MUTEST, Monsieur le Délégué à la protection des données 11 boulevard du Président WILSON CS 60019 67082 STRASBOURG Cedex ou par mail à : dpo.rgpd@mutest.fr
SMI Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 669 954. Siège social : Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle 92931 PARIS La Défense Cedex	par courrier à : SMI – Service Qualité Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle 92931 PARIS La Défense Cedex ou par mail à : www.mutuelle-smi.com , rubrique MON COMPTE	par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité française FNMF 255 rue Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15 ou par mail à : mediation@mutualite.fr	par courrier à : Le Délégué à la Protection des Données – SMI – Cellule droit d'accès 2 rue Laborde - CS 40041 75374 PARIS Cedex 8 ou par mail à : protectiondesdonnees@mutuelle-smi.com
Mutuelle Unité Fraternelle des Régions Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 324 593 979. Siège social : Cité Lacroix - 97231 LE ROBERT	par courrier à : Mutuelle Unité Fraternelle des Régions, Direction Relation Client, Cité la Croix 97231 LE ROBERT ou par mail à : webmastergroupeufr@mutufr.com	par courrier à : Le Médiateur de la R.O.A.M (Réunion des Organismes d'Assurance Mutuelle) Marie-Cécile LETZELTER, 26 Boulevard Haussmann 75009 PARIS ou par mail à : mcletzelter@mediation-assurance.org	

Votre régime est coassuré par les organismes assureurs mentionnés dans ce document.

AÉSIO mutuelle agit en tant qu'apérateur.
 Coiffure vitalité - Notice d'information - 26-010-008



Le régime santé de la branche Coiffure