



Etablissements d'Enseignement Privés

Sous Contrat

Régime de Frais de Santé EEP SANTE

- Accord Collectif Frais de Santé du 31 janvier 2022 –
- Avenant n°1 du 4 novembre 2022
- Avenant n°2 du 27 novembre 2023
- Avenant n°3 du 25 novembre 2024
- Avenant n°4 du 25 novembre 2025

NOTICE D'INFORMATION

Ensemble du personnel salarié

**Les dispositions de la présente notice s'appliquent
à compter du 1^{er} janvier 2026**

TABLE DES MATIERES

TITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES 8

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	8
ARTICLE 2 - ADHESION DES ETABLISSEMENTS	8
ARTICLE 3 - MODALITES D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	9
ARTICLE 4 - PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES	9
ARTICLE 5 - MAINTIENS DES GARANTIES.....	11
ARTICLE 6 - COTISATIONS	16
ARTICLE 7 - PRESTATIONS PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE	16
ARTICLE 8 - PAIEMENT DES COTISATIONS	17
ARTICLE 9 - PRESTATIONS.....	18
ARTICLE 10 - PRESCRIPTION	18
ARTICLE 11 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE	19
ARTICLE 12 - ÉLECTION DE DOMICILE	19
ARTICLE 13 - INFORMATION DES PARTICIPANTS	19
ARTICLE 14 - FONDS SOCIAL	19
ARTICLE 15 - ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES	19
ARTICLE 16 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	19
ARTICLE 17 - RECLAMATIONS – MEDIATION	21
ARTICLE 18 - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	22

TITRE 2 GARANTIE FRAIS DE SANTE 23

ARTICLE 19 - OBJET DE LA GARANTIE	23
ARTICLE 20 - BÉNÉFICIAIRES.....	23
ARTICLE 21 - ADHESION AU REGIME SOCLE OBLIGATOIRE	23
ARTICLE 22 - CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE	23
ARTICLE 23 - RESILIATION DES OPTIONS	24
ARTICLE 24 - CHANGEMENT DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE	24
ARTICLE 25 - SUBROGATION	24
ARTICLE 26 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION – EXCLUSIONS	25
ARTICLE 27 - LE CONTRAT RESPONSABLE	25
ARTICLE 28 - COUVERTURE.....	26
ARTICLE 29 - DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE	34
ARTICLE 30 - PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS.....	34
ARTICLE 31 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	35
ARTICLE 32 - DÉCHÉANCE	35

ANNEXE 1 GARANTIES ET SERVICES SANTE COMPLEMENTAIRES 36

PREAMBULE

Par accord collectif du 18 juin 2015, les partenaires sociaux de l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat (EEP) ont instauré, un régime collectif frais de santé dénommé EEP SANTE, au bénéfice de l'ensemble du personnel salarié à effet du 1^{er} janvier 2016.

Par accord collectif du 31 janvier 2022 (annulant et remplaçant celui du 18 juin 2015), les partenaires sociaux de l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat (EEP) ont souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, un contrat d'assurance collective dénommé convention d'assurance dont sont extraites les conditions générales du présent régime.

Cet accord, modifié par l'avenant n°1 du 4 novembre 2022, l'avenant n° 2 du 27 novembre 2023, l'avenant n°3 du 25 novembre 2024 et l'avenant n°4 du 25 novembre 2025 s'impose à tous les employeurs relevant du champ d'application professionnel des conventions collectives et statuts suivants :

Numéro IDCC	Intitulé du texte applicable
3218	Convention collective de l'Enseignement privé non lucratif ¹
7520	Convention collective des personnels des établissements agricoles privés relevant du Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé
	Statut du chef d'établissement de l'Enseignement catholique Statut du chef d'établissement d'un établissement du CNEAP ²

Les maîtres rémunérés par l'Etat (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire) exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico sociaux relevant du champ d'application mentionné ci-dessus, acquittent leur contribution auprès de l'établissement ou éventuellement auprès de l'assureur. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

L'accord s'applique en France métropolitaine et dans les départements et collectivités d'outre-mer, aux établissements d'enseignement privés entrant dans le champ d'application de l'accord collectif et à leurs salariés.

¹ Instituts et Universités catholiques, Etablissements ayant majoritairement des classes sous contrat, les structures et notamment les centres de formation qui leur sont rattachés ainsi que les structures concourant au fonctionnement des établissements ayant majoritairement des classes sous contrat de l'enseignement général, technologique et professionnel (FNOGEC, organisations professionnelles de chefs d'établissement, UDOGEC, UROGEC, DDEC, ISFEC, Formiris etc.)

² Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé.

DEFINITIONS

Adhérent	Il s'agit de l'employeur, personne morale ou physique qui souscrit le contrat auprès de l'un des organismes assureurs recommandés, au profit de son personnel défini ci-après.
Participant ou membre participant	Il s'agit du (ou des) salarié(s) assuré(s).
Bénéficiaire	Il s'agit de la personne couverte par le contrat d'assurance collective souscrit par l'établissement et négocié par les partenaires sociaux pour la mise en œuvre de l'accord collectif du 31 janvier 2022.
Garantie	Il s'agit de l'engagement de l'organisme recommandé, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance.
Organisme(s) recommandé(s)	Il s'agit des assureurs, société d'assurance, mutuelle ou institution de prévoyance garantissant les prestations, recommandés par l'accord collectif du 31 janvier 2022. L'organisme recommandé retenu par l'adhérent, auprès duquel il a souscrit le contrat d'adhésion, est mentionné au bulletin d'adhésion. Dans le cadre du présent contrat il s'agit d'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
Prestation	Il s'agit de l'exécution de la garantie par l'organisme assureur recommandé ayant recueilli le contrat de l'adhérent. Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, ainsi les remboursements ou indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.
Sécurité sociale	Il s'agit de l'organisme gestionnaire d'un régime socle de Sécurité sociale (Régime Général, Régime Alsace Moselle, Mutualité Sociale Agricole).
Contrat d'adhésion	Le contrat d'adhésion est formé du bulletin d'adhésion et des conditions générales.
Base de remboursement	Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2. On parle de : - <u>Tarif de convention (TC)</u> lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession. - <u>Tarif d'autorité (TA)</u> lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention. - <u>Tarif de responsabilité (TR)</u> pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Conventionné / non conventionné

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

- Professionnel de santé : les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire).

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

- Etablissements de santé : les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement ait passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

DROM

Départements et régions d'outre-mer, constitués de la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Réunion.

Entente préalable

Accord entre un assuré et la Sécurité sociale ou l'assureur santé, qui doit être obtenu avant la réalisation de certains actes médicaux ou avant l'obtention de certains traitements. Cela permet de s'assurer que les soins ou traitements en question sont nécessaires et adéquats, et que leur prise en charge financière est bien établie.

Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant, au 31 mars 2024 est de :

- 1€ par boîte de médicaments,
- 1€ par acte médical,
- 4€ par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4€ par jours pour les actes paramédicaux et pas plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la C2S et de l'Aide Médicale d'Etat, femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour

la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement. Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsable », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

Parcours de soins coordonné

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers exerçant en pratique avancée (IPA), les gynécologues, les ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Participation forfaitaire

Participation forfaitaire de 2 €, au 15 mai 2024, laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes biologiques et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

Des enfants de moins de 18 ans ;

Des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse ;

Et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'Aide médicale de l'Etat (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50€ par année civile et par personne.

La participation forfaitaire de 2€ n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Territoire français

Il s'agit du territoire de la France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM).

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail etc.), ou selon que les soins sont dispensés dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24 €) pour certains actes dits « lourds ». La participation forfaitaire, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire responsable (sauf exceptions).

Travailleur frontalier

Personne résidant dans un pays voisin, traversant régulièrement la frontière entre les deux pays pour se rendre sur son lieu de travail.

Organisme gestionnaire

AG2R Prévoyance a délégué la gestion du contrat d'adhésion à **GENERATION - Société de courtage d'assurances au capital de 102 766,40 €, SIREN N° 410 069 066 RCS Quimper, dont le siège social est sis 12 bis rue de Kerogan 29080 Quimper Cedex 9** - Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 000 842 – www.orias.fr

TITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'adhésion a pour objet la mise en œuvre des garanties frais de santé de l'ensemble du personnel salarié des établissements d'enseignement privés sous contrat entrant dans le champ d'application de l'accord collectif visé ci-après.

Ce contrat prend place dans le cadre d'un dispositif composé :

- de l'accord collectif du 31 janvier 2022, relatif à la mise en place du régime collectif frais de santé dénommé EEP SANTE signé par les partenaires sociaux, ainsi que des avenants n°1 du 4 novembre 2022, n°2 du 27 novembre 2023, n°3 du 25 novembre 2024 et n°4 du 25 novembre 2025,
- de l'accord collectif du 31 janvier 2022, relatif à la recommandation d'organismes assureurs,
- de la convention d'assurance à effet du 1^{er} janvier 2026, signée entre les partenaires sociaux et les organismes recommandés,
- de la présente notice d'information, à effet du 1^{er} janvier 2026,
- du bulletin d'adhésion signé par l'établissement et l'organisme recommandé.

Le présent [TITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES](#) fixe les conditions dans lesquelles l'organisme recommandé assure au participant et à ses ayants droit conformément à l'accord collectif et en contrepartie des cotisations, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Les prestations garanties sont précisées au [TITRE 2 GARANTIE FRAIS DE SANTE](#).

Le contrat se compose :

- d'un régime socle à adhésion obligatoire pour le participant et à adhésion facultative pour ses ayants droit,
- d'un régime option 1 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit,
- d'un régime option 2 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit,
- d'un régime option 3 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit.

L'établissement a la possibilité de rendre obligatoire l'une de ces options pour le participant, en lieu et place du socle. L'établissement indique alors son choix sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 2 - ADHESION DES ETABLISSEMENTS

L'établissement qui souhaite adhérer à l'organisme recommandé, remplit et signe un bulletin d'adhésion.

L'établissement représenté par le chef d'établissement, par toute personne dûment habilitée, ou par une personne morale, qui adhère à l'organisme recommandé pour ses salariés, est désigné sous le terme « adhérent » dans la présente notice d'information.

Le salarié assuré sera désigné sous les termes « participant » ou « membre participant ».

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'organisme recommandé résulte de la signature par les deux parties du bulletin d'adhésion aux conditions générales, sous réserve que le bulletin d'adhésion soit retourné signé par l'adhérent dans les trente jours suivant la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion.

L'organisme recommandé met à disposition sur demande de l'adhérent ses statuts afin notamment de l'informer des modalités de la participation de l'adhérent et des participants à la gouvernance de l'organisme assureur.

Les garanties de l'adhérent pour le régime socle à adhésion obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire) s'appliquent à l'ensemble des salariés-appelés à bénéficier du régime.

L'organisme recommandé notifiera à l'adhérent les éventuelles modifications du régime, issues d'un avenant à l'accord du 31 janvier 2022, ou issues de l'évolution législative et réglementaire, par l'envoi d'un avenant au contrat d'assurance.

ARTICLE 3 - MODALITES D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sont couverts comme participants au titre du contrat souscrit par l’adhérent et des extensions facultatives choisies par chaque salarié, l’ensemble des salariés de l’adhérent :

- sous contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu’en soit la cause, dès lors qu’ils bénéficient, pendant cette période :
 - d’un maintien de salaire, total ou partiel,
 - d’indemnités journalières complémentaires,
 - de rentes d’invalidité et/ou d’indemnités journalières de sécurité sociale [à l’exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l’[Article 4.3](#) (et sauf application de l’[Article 5.4.2](#)), notamment pour congé parental d’éducation, congé pour création d’entreprise, congé sabbatique, congé de solidarité familiale, congé pour projet de transition professionnelle, périodes d’exercices militaires, de mobilisation ou de captivité, détention pénitentiaire] ,
 - d’un revenu de remplacement versé par l’adhérent (pour les salariés notamment placés en activité partielle au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art.53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020).
- affiliés à la Sécurité Sociale.

L’adhérent s’engage à affilier au titre du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l’option rendue obligatoire) tous les salariés présents et futurs des établissements visés en préambule.

Toutefois, conformément à l’**Article 3.3 – Dispenses d’adhésion** - de l’accord collectif du 31 janvier 2022, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer au régime frais de santé, sous réserve d’en faire expressément la demande auprès de l’adhérent.

À défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d’être dispensés d’affiliation :

- doivent être affiliés au régime frais de santé souscrit à titre obligatoire dès qu’ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d’affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion et celle de leurs ayants droit, à la couverture du socle obligatoire et éventuellement à une de ses options ; l’adhésion sera alors irrévocable pendant 2 ans.

ARTICLE 4 - PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

Article 4.1 Prise d’effet des garanties

Pour les participants répondant aux conditions d’affiliation prévues à l’[Article 4.3](#) :

- Les garanties du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l’option rendue obligatoire) prennent effet :
 - à la date d’effet de l’adhésion pour tous les participants présents à cette date, sous réserve des dispenses d’affiliation prévues par l’accord collectif,
 - à la date d’embauche pour tout nouvel entrant au sein des effectifs de l’adhérent, sous réserve des dispenses d’affiliation prévues par l’accord collectif,
 - au premier jour du mois qui suit la demande d’affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d’une dispense d’affiliation et qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense,
 - au premier janvier suivant pour les salariés ayant demandé à bénéficier d’une dispense d’affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation.
- Les garanties du régime optionnel (1, 2 ou 3) prennent effet :
 - à la date à laquelle le participant bénéficie du régime socle obligatoire s’il choisit d’adhérer au régime optionnel à cette date,
 - à défaut, si le participant choisit d’adhérer au régime optionnel postérieurement à son affiliation obligatoire au régime socle, au 1er janvier suivant la réception de la demande du participant,
 - ou, en cas de changement de situation de famille dûment justifié, l’adhésion au régime optionnel prend effet au 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.

On entend par changement de situation de famille : le mariage, la signature d'un PACS, le concubinage, la séparation, le divorce, l'arrivée ou le départ d'un enfant à charge ou le décès d'un ayant droit.

Pour les ayants droit :

En cas d'extension des garanties aux ayants droit, ces derniers bénéficient du même niveau de garanties que le participant :

- au plus tôt à la même date d'affiliation que le participant,
- à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'affiliation.

Cette affiliation facultative est renouvelable le premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

Article 4.2 Cessation des garanties

Pour le participant :

Les garanties de la présente notice d'information cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion, ou de la convention d'assurance collective souscrite par les signataires de l'accord du 31 janvier 2022,
- à la date de fin du contrat de travail du participant ou de la sortie du participant de la catégorie de personnel visée sous réserve des dispositions prévues à [l'Article 5](#),
- à la date de suspension du contrat de travail du participant s'il ne bénéficie pas d'un maintien de rémunération totale ou partielle ou revenu de remplacement versé par l'adhérent ou encore d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale et sous réserve des dispositions prévues à [l'Article 5](#),
- à la date de départ en retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'adhérent, sous réserve des dispositions prévues à [l'Article 5](#),
- lorsque le participant peut se dispenser d'adhésion conformément aux dispenses applicables, à condition qu'il en fasse la demande expresse selon les modalités de dispenses d'adhésion.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des ayants droit.

Pour les ayants droit :

En dehors du cas de la radiation du participant, les garanties cessent :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande écrite de radiation parvienne à l'organisme recommandé au plus tard le 31 octobre,
- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions prévues à [l'Article 21](#) pour être bénéficiaires,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur.

Cette radiation est irrévocable pendant 2 ans.

Article 4.3 Suspension des garanties

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu -sans versement de revenu de remplacement par l'employeur- pour les raisons suivantes notamment :

- congé sabbatique visé à l'article L3142-28 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L3142-105 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L1225-47 du Code du Travail ;
- congé de solidarité familiale visé à l'article L3142-6 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour projet de transition professionnelle visé aux articles D6323-9 et suivants du Code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- détention pénitentiaire.

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail, à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme gestionnaire en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise.

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

Le participant peut toutefois obtenir le maintien des garanties dans les conditions prévues à [l'Article 5.4.2](#)

ARTICLE 5 - MAINTIENS DES GARANTIES

Article 5.1 Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale (PORTABILITE DES DROITS).

La couverture est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire santé n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation ou de la rupture de son contrat de travail.

S'ils bénéficiaient du présent contrat, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

5.1.1 Prise d'effet et durée du maintien

L'ensemble des garanties de la présente notice d'information sera maintenu, à compter du lendemain du jour de la cessation ou de la rupture du contrat de travail, pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite maximale de la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, telle que déclarée par l'adhérent, est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

5.1.2 Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des évènements suivants :

- **au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien »,**
- **à la date à laquelle l'ancien salarié cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de l'organisme d'Etat en charge de l'emploi en France, de décès),**
- **en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,**
- **à la date de résiliation du contrat d'assurance collective ou de l'adhésion.**

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989. L'organisme gestionnaire adresse une proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés dans un délai de 2 mois à compter de la fin de la période de portabilité.

5.1.3 Modalités du maintien des garanties

L'adhérent doit informer l'organisme gestionnaire de toute cessation de contrat de travail ouvrant droit au dispositif et notamment adresser la demande nominative de maintien des garanties de l'ancien salarié dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'adhérent d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'organisme gestionnaire conditionne le versement des prestations, notamment, à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à la date du sinistre. L'ancien salarié en situation d'être pris en charge par le régime d'assurance chômage, mais qui ne perçoit pas ou plus d'allocations chômage à cette date parce qu'il bénéficie d'un congé maternité ou d'un arrêt de travail à la date du sinistre, devra fournir les justificatifs correspondants.

Le participant s'engage à fournir à l'organisme gestionnaire :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- L'attestation de paiement des allocations Chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié s'engage à informer l'organisme gestionnaire de toute cause entraînant la cessation anticipée du maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

A défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Cette durée pourra être prolongée à la demande du participant sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme gestionnaire les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations perçues indument pourra être mise en œuvre.

5.1.4 Cotisations

Au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le maintien de garantie est financé par la cotisation des salariés actifs.

Article 5.2 Maintien des garanties au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé

Les garanties peuvent être maintenues aux ayants droit de participant décédé pendant douze mois maximum à compter de la date de décès du participant, sous réserve :

- qu'ils soient inscrits au contrat à la date du décès du participant,
- que les demandes individuelles d'affiliation, soient adressées à l'organisme gestionnaire dans les six mois suivant le décès ; LE DEPASSEMENT DE CE DELAI ENTRAINE FORCLUSION DEFINITIVE.

A condition d'en avoir été informé par l'adhérent, l'organisme gestionnaire adresse une proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré dans les 2 mois suivants le décès.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du participant, les enfants nés moins de 300 jours après le décès du participant.

Le maintien de l'assurance cesse en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

Ce maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

Article 5.3 Maintien à l'identique de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : Article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 élargi au bénéfice des ayants droit

Les personnes suivantes peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'une adhésion facultative :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à [l'Article 5.1](#) ci-dessus.
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à [l'Article 5.1](#) ci-dessus.
- les personnes garanties du chef du participant décédé, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin du maintien prévu à [l'Article 5.2](#) ci-dessus.

5.3.1 Modalité d'adhésion

A condition que l'organisme gestionnaire en ait été informé par l'adhérent, il adresse une proposition de maintien de la couverture aux intéressés dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à [l'Article 5.1](#) ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du décès du participant telle que prévue à [l'Article 5.2](#)

La proposition est adressée dans les meilleurs délais en cas de demande des ex salariés ou ayants droit bénéficiaires de ce dispositif.

En application de l'article 4 de la loi du n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « loi Evin »), l'assureur (par l'intermédiaire de l'organisme gestionnaire) devra proposer une couverture identique à celle dont bénéficiait le salarié. Au cas où l'intéressé souhaiterait souscrire des garanties différentes de celles proposées par l'organisme assureur, il pourra proposer un autre contrat d'accueil.

L'adhésion de l'ancien salarié ou des personnes garanties du chef du salarié décédé est subordonnée au paiement de la cotisation correspondante et à la signature du bulletin individuel d'affiliation spécifique aux maintiens qui lui est remis par l'adhérent ou par l'organisme gestionnaire.

Le participant ainsi que ses ayants droit sont couverts au niveau des garanties dont ils bénéficiaient lorsque le salarié était en activité.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du participant, les enfants nés moins de 300 jours après le décès du participant.

Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

5.3.2 Modalités de changement de niveau de couverture optionnelle

Les anciens salariés et les personnes garanties du chef du participant décédé ont la possibilité de changer de niveau de couverture dans les mêmes conditions que les salariés en activité, selon les modalités prévues à [l'Article 26](#).

5.3.3 Prise d'effet des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations, la garantie prend effet au lendemain de leur demande et au plus tôt :

- le lendemain de la rupture du contrat de travail de l'ancien membre participant, ou le cas échéant au terme du maintien des garanties prévues à [l'Article 5.1](#),
- au terme du maintien des garanties prévu à [l'Article 5.2](#) ci-dessus pour les personnes garanties du chef du participant décédé.

5.3.4 Cotisations

Les cotisations sont indiquées à [l'Article 6](#). Elles sont payables par le participant, mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil, selon les conditions définies à [l'Article 8.2](#) et sur le bulletin individuel d'adhésion.

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour ses ayants droit.

A ce titre, le participant remet notamment un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Les dispositions ci-dessus (modalités de paiement) s'appliquent pour les personnes garanties du chef du participant décédé, dans les mêmes termes.

5.3.5 Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant (ou aux personnes garanties du chef du participant décédé) par l'organisme recommandé l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant (ou les personnes garanties du chef du participant décédé) paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

5.3.6 Cessation des garanties

Le maintien de garanties cesse pour chaque participant (ou personnes garanties du chef de l'assuré décédé) :

- **en cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu ci-dessus,**
 - **à la date de résiliation de l'adhésion par le participant (ou la personne garantie du chef de l'assuré décédé) au moins deux mois avant la fin de l'année civile ou à tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.**
- Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par l'organisme gestionnaire de la notification de résiliation.**

La demande de résiliation peut, au choix, être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale, le Code des Assurances et le Code de la Mutualité, auprès de l'organisme gestionnaire :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale de GENERATION – 29080 QUIMPER CEDEX 9,
- par voie électronique à : fichier@generation.fr ou via l'espace assuré,
- soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat » mise à disposition par l'organisme assureur et, disponible sur le site www.ag2rlamondiale.fr,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme gestionnaire,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A réception de la notification, une confirmation écrite de l'organisme gestionnaire sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions prévues à l'**Article 5.3.5**.

Si la résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance. Le nouvel organisme assureur s'assure de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

La dénonciation de l'adhésion est définitive tant pour le participant que pour ses ayants droit.

- et en tout état de cause, en cas de résiliation des Conditions Générales. Dans cette éventualité, la Commission Paritaire Nationale EEP Santé et l'organisme assureur pourront, à la demande des partenaires sociaux, convenir des modalités de transfert des personnes garanties au titre du présent article.

Seuls les frais médicaux dont la date de soins figure sur le décompte de la Sécurité sociale, et qui sont antérieurs à la date de la cessation des garanties pourront donner lieu à prise en charge.

5.3.7 Assurance individuelle

Si l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989, il peut souscrire une des formules d'assurance à adhésion individuelle dans les conditions proposées par l'organisme recommandé.

Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical au profit des participants concernés lorsqu'elles sont au plus équivalentes au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

Les cotisations sont fixées par l'organisme recommandé en fonction des garanties proposées.

Article 5.4 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

5.4.1 Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Le bénéfice du contrat (pour le régime socle obligatoire et, le cas échéant le régime optionnel) est maintenu au profit des participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement, en cas de maintien de salaire total ou partiel ou par la perception d'indemnités journalières ou rente d'invalidité de la Sécurité Sociale, et/ou d'indemnités journalières complémentaires.

Il est également maintenu à titre obligatoire dans la situation d'un salarié bénéficiant d'un revenu de remplacement notamment lorsqu'il est placé en activité partielle au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art. 53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié, bénéficiaires dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, d'une des couvertures optionnelles.

Il s'effectue moyennant paiement des cotisations correspondantes (y compris le cas échéant les cotisations afférentes à la couverture optionnelle) prévues à [l'Article 6](#) (sauf exonération prévue par ce même article) calculées selon les mêmes règles que pour le personnel en activité.

5.4.2 Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Par dérogation à [l'Article 4.3](#), les participants dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune rémunération ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus ont la possibilité de demander le maintien des garanties.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du participant des cotisations prévues à [l'Article 6](#).

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 6 - COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires et exprimées en euros.

La cotisation forfaitaire mensuelle au titre de l'affiliation d'un salarié est due quelle que soit la date d'entrée de celui-ci dans l'établissement. La proratisation de la cotisation est pratiquée en cas de départ en cours de mois du salarié et de résiliation à tout moment sur les options prévue à [l'Article 24](#).

Par avenant à l'accord paritaire, les organisations représentatives fixent, chaque année après approbation des comptes, le niveau de ces cotisations. Elles intègrent comme éléments de leur réflexion l'évolution prévisionnelle du PMSS, l'évolution des dépenses de santé et les résultats techniques du régime. A défaut d'avenant, le montant des cotisations suit chaque année l'évolution du PMSS ainsi que toute évolution de la législation et réglementation sociale et fiscale. Dans ce cas, le montant des cotisations est arrondi à la dizaine de centimes supérieure. Les assureurs recommandés sont informés des évolutions des cotisations.

ARTICLE 7 - PRESTATIONS PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Article 7.1 Montant des cotisations affecté au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

2% des cotisations acquittées sont affectés au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Tous les salariés couverts par l'accord collectif du 31 janvier 2022 bénéficient de l'ensemble de ces mesures.

Article 7.2 Actions prioritaires de branche

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité sont les suivantes :

a. Exonération totale de la contribution salariale :

Bénéficient d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle pour le socle obligatoire :

- les salariés en contrat d'apprentissage d'une durée strictement inférieure à 12 mois,
- les salariés en CDD d'une durée strictement inférieure à 12 mois sauf s'ils sont en cumul d'emplois. Par exception, les salariés en cumul d'emplois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application bénéficient de cette mesure à condition que leurs rémunérations brutes globales tous employeurs confondus soient inférieures au SMIC,
- et les salariés pour lesquels la cotisation (part employeur et part salarié) représente au moins 10 % de leur rémunération brute.

Seule la contribution employeur est appelée, sous réserve qu'ils soient identifiés par bulletin d'affiliation et dans la DSN ou à défaut dans l'appel de cotisation trimestriel si l'établissement n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

Par rémunération(s) brute(s), il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.

b. Des actions de prévention :

Les signataires de l'accord collectif du 31 janvier 2022 confient à la commission paritaire nationale santé le soin de déterminer les actions de prévention concernant les risques professionnels ou liées à une consommation médicale spécifique aux populations couvertes (population féminine aux besoins spécifiques etc.).

Dans ce cadre, les priorités suivantes sont définies :

- a. campagne de communication et d'incitation à la vaccination contre la grippe saisonnière, l'hépatite, la tuberculose ;
- b. moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité Sociale ;
- c. campagnes de prévention des troubles musculo-squelettiques (ex : formations gestes et postures) ;
- d. prévention du stress et des violences (en lien avec l'accueil du public notamment) ;
- e. campagnes de dépistage de cancers.

c. Des prestations d'action sociale.

Article 7.3 Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution

Pour chaque intervention (prévention ou action sociale) collective, des aides financières pourront être accordées si les conditions suivantes sont remplies :

- présentation d'un projet pluriannuel incluant des objectifs évaluable ;
- l'association au projet des représentants du personnel des différentes instances de représentation du personnel quand elles existent et, à défaut, le respect de l'adhérent en la matière (transfert du PV de carence) ;
- le régime ne pourra financer qu'en complément de l'adhérent (pas de prise en charge financière à 100% de l'action par le régime).

ARTICLE 8 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 8.1 Pour l'adhérent au titre du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire)

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les vingt jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil auprès de l'organisme gestionnaire. Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle (si celle-ci n'est pas effectuée par le biais de la DSN) mentionnant :

- Le nombre de participants à la fin du trimestre civil correspondant : pour le personnel nouvellement inscrit, la cotisation est due à compter de la date d'entrée dans le groupe et signalée par l'adhérent. Pour le personnel radié, la cotisation est due jusqu'au jour où il cesse d'appartenir au groupe.
- L'assiette ou les assiettes servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée.

Chaque adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date de la résiliation, y compris la part salariale, et ce, quelle que soit la cause de ladite résiliation.

A défaut de paiement des cotisations dans les 15 jours suivant leur échéance, une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception est adressée à l'adhérent par l'organisme recommandé. Le cas échéant, l'organisme recommandé peut engager une procédure de recouvrement des cotisations par voie contentieuse.

En cas de non-paiement des cotisations l'organisme recommandé en avisera la Commission Paritaire Nationale EEP Santé.

Article 8.2 Pour le participant au titre des régimes facultatifs options 1, 2 ou 3 et pour l'extension aux ayants droit du participant (pour le régime socle facultatif ou les options 1, 2 ou 3).

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour ses ayants droit. A ce titre, le participant remet notamment un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil auprès de l'organisme gestionnaire.

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant par l'organisme recommandé l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 9 - PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations par l'organisme gestionnaire sont définis au [TITRE 2 GARANTIE FRAIS DE SANTE](#).

ARTICLE 10 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'adhésion se prescrit par deux ans à compter de l'événement 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 recommandé ou gestionnaire 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'adhérent ou du participant contre l'organisme recommandé ou gestionnaire a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par l'organisme recommandé ou gestionnaire à l'adhérent ou au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire à l'organisme recommandé ou gestionnaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'adhésion ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

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.

ARTICLE 11 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle émane du participant et change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme recommandé ou gestionnaire, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation de ce risque, la garantie accordée par l'organisme recommandé à ce participant est nulle.

ARTICLE 12 - ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du contrat en vue de l'application des conditions générales, l'adhérent doit faire obligatoirement élection de domicile en France métropolitaine et dans les départements et collectivités d'outre-mer.

ARTICLE 13 - INFORMATION DES PARTICIPANTS

▪ Notice d'information :

L'organisme recommandé adresse à l'adhérent une notice qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice rappelle également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que des délais de prescription.

L'adhérent s'engage à remettre, aux membres participants auxquels les garanties sont applicables, la notice d'information fournie par l'organisme recommandé. En cas de litige, la preuve de la remise de la notice lui incombe.

▪ Changement ultérieur des garanties :

A chaque évolution des dispositions contractuelles, les éléments modifiés sont communiqués à l'adhérent en remplacement de ceux qu'il détenait. Celui-ci s'engage à remettre une nouvelle notice d'information ou un avenant à la notice d'information à chaque membre participant. En cas de litige, la preuve de la remise de la nouvelle notice ou de l'avenant à la notice lui incombe.

ARTICLE 14 - FONDS SOCIAL

Les participants bénéficieront du fonds social existant au sein de l'organisme recommandé choisi par l'adhérent.

ARTICLE 15 - ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs et du gestionnaire est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 4, place de Budapest CS92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 16 - Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel des bénéficiaires sont traitées par l'organisme assureur, membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution du contrat. Les données sont conservées jusqu'à la résiliation du contrat, puis conformément au délai de prescription en vigueur.

Elles sont également utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux clients au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études pour mettre au point de nouvelles offres ;

- La mise en œuvre d'opérations de prospection commerciale ; ladite prospection commerciale, lorsqu'elle est réalisée par voie électronique, est assurée par le GIE AG2R et ses membres. Pour cette finalité, les données sont conservées pendant une durée de 3 ans après le dernier contact du prospect avec l'organisme assureur (1) ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies lors de la souscription ou l'exécution des contrats.

Enfin, les données sont utilisées afin de répondre à nos obligations légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et le cas échéant à ses sous-traitants et ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées.

La liste des destinataires est détaillée dans la politique de protection des données personnelles accessible sur notre site internet.

En cas de transfert vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne, le Groupe AG2R LA MONDIALE s'assure que le destinataire présente des garanties appropriées pour assurer une protection des données.

Les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Ils détiennent également, sous certaines conditions, un droit à la portabilité de leurs données, un droit d'opposition et de limitation au traitement de celles-ci. En matière de prospection commerciale, ils peuvent s'opposer à tout moment et sans justification. Ils ont par ailleurs la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via nos formulaires en ligne, par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS.

Nous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il est possible de s'inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

Pour en savoir plus : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

(1) Sont exclus de ces opérations les contrats apportés par un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS.

ARTICLE 17 - RECLAMATIONS – MEDIATION

L'adhérent, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'organisme assureur ou gestionnaire, effectuer une réclamation indépendamment de son droit d'engager une action en justice. Cette réclamation peut être effectuée :

- auprès de son interlocuteur habituel sur le support de son choix (téléphone, mail, courrier),
- ou par courrier à l'adresse suivante : *GENERATION – 29080 QUIMPER CEDEX 9*

en précisant son nom ainsi que ses coordonnées complètes.

Dans tous les cas, le demandeur doit formaliser si possible par écrit sa réclamation afin que l'organisme assureur ou gestionnaire, puisse répondre au mieux à son insatisfaction, et l'adresser au « Service Réclamations », en écrivant à l'adresse ci-dessus.

Engagements du gestionnaire :

Un accusé réception sera adressé au demandeur dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse est apportée dans ce délai.

La situation du demandeur sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée lui sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

Saisine du Médiateur du CTIP :

Le demandeur peut saisir le Médiateur de la protection sociale :

- Dans un délai de 2 mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu une réponse ou non de la part de l'organisme assureur ou du gestionnaire,
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de sa première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire par email ou par courrier :

MEDIATION
Médiateur du CTIP 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS Tél : 01 42 66 68 49 Formulaire disponible sur le site : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/

L'intervention du Médiateur est gratuite. Il formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception du dossier complet du demandeur.

Les deux parties, le demandeur et l'organisme assureur ou gestionnaire, restent libres de le suivre ou non.

Le demandeur conserve à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

ARTICLE 18 - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'adhérent déclare et garantit à l'organisme assureur qu'à tout moment et pendant toute la durée du contrat que :

- Il a pris connaissance et s'engage à respecter les lois et réglementations relatives à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence applicables pour l'exécution du contrat, et confirme respecter également les principes fixés dans le Code d'éthique des affaires et le Guide de lutte anti-corruption de l'organisme assureur accessibles sur le site d'AG2R LA MONDIALE ;
- Il n'a commis aucun acte qualifiable de corruption ou contraire à l'éthique des affaires et à la déontologie commerciale, susceptible d'influencer le processus de contractualisation du présent contrat ;
- La négociation, la passation et l'exécution du contrat n'ont pas donné, ne donnent pas et ne donneront pas lieu à un acte de corruption quel qu'en soit la forme ;
- Le contrat sera soumis à la loi française lorsque les faits, actes réprimés aux articles 445-1 et 445-2 du Code pénal sont commis à l'étranger par un Français ou par une personne y résidant habituellement ou y exerçant tout ou partie de son activité économique ;
- Il n'a jamais fait l'objet de condamnation pour des faits portant atteinte à la probité qu'il s'agisse de l'adhérent ou de ses dirigeants ;
- Il fournit toute assistance nécessaire à l'organisme assureur pour répondre à une demande d'une autorité dûment habilitée relative à la lutte contre la corruption.

Il fera appliquer contractuellement l'ensemble de ces principes à ses préposés et ses éventuels sous-traitants.

La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

L'organisme assureur, en sa qualité d'organisme financier, est assujéti au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

A ce titre, l'adhérent et/ou son courtier le cas échéant, s'engage à remettre à l'organisme assureur dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation concernant l'identification de l'adhérent et de ses bénéficiaires effectifs, du représentant légal de l'adhérent ainsi que les éléments de connaissance client. Ces éléments et informations devront être actualisés pendant toute la durée de la relation d'affaires et étendus aux participants pour la mise en œuvre de la garantie ou de la prestation par l'organisme assureur.

En application de l'article L.561-8 du Code monétaire, l'organisme assureur est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au contrat, s'il n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

TITRE 2 GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 19 - OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le versement :

- d'une indemnité complétant les remboursements effectués notamment par les assurances sociales, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie ;
- d'une indemnité en cas de maternité ou de cure thermale.

ARTICLE 20 - BÉNÉFICIAIRES

Le participant bénéficie des garanties.

Ce dernier peut choisir de faire bénéficier des garanties du présent contrat, à ses ayants droit définis ci-après :

1. **le conjoint** non divorcé ni séparé du participant.

Est assimilé au conjoint la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS), le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil.

2. **les enfants** du participant ou ceux qu'il a accueillis (familles recomposées) ayant moins de 21 ans.

Sont également considérés comme tels :

- les enfants âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;
- les enfants âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ;
- les enfants quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21ème anniversaire.

Pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, l'affiliation des enfants du participant ou de son conjoint (tel que défini plus haut) prend effet à sa date de naissance ou de son arrivée au foyer.

Afin que cette prise d'effet soit possible, l'adhésion peut se faire par anticipation.

ARTICLE 21 - ADHESION AU REGIME SOCLE OBLIGATOIRE

L'adhésion au régime socle est obligatoire pour le participant. Il peut choisir d'y faire adhérer, à titre facultatif, ses ayants droit tels que définis à [l'Article 20](#) ci-dessus.

Lorsque l'établissement a fait le choix de rendre obligatoire l'option 1, 2 ou 3, en lieu et place du socle, cette option est alors obligatoire pour le participant.

Cette couverture peut être étendue à titre facultatif au profit de ses ayants droit.

ARTICLE 22 - CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE

Le participant peut choisir, pour lui-même et ses ayants droit déjà affiliés au titre du régime socle obligatoire, l'option 1, l'option 2 ou l'option 3 en complément du régime socle (en fonction du niveau de couverture du contrat socle choisi par l'adhérent).

La cotisation correspondante est alors appliquée.

Les ayants droit ne peuvent pas choisir une option différente de celle retenue par le participant pour lui-même.

ARTICLE 23 - RESILIATION DES OPTIONS

Le participant peut résilier son affiliation à l'option facultative (quel que soit le niveau de celle-ci) à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription pour n'être affilié qu'au socle obligatoire.

La résiliation vaut pour le participant et pour ses ayants droit.

La demande de résiliation peut, au choix, être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale, le Code des Assurances et le Code de la Mutualité :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale de GENERATION – 29080 QUIMPER CEDEX 9,
- par voie électronique à : fichier@generation.fr ou via l'espace assuré,
- soit au moyen de la fonctionnalité de résiliation en ligne dénommée « résilier un contrat » mise à disposition par l'organisme assureur et, disponible sur le site www.ag2ramondiale.fr,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme gestionnaire,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée par l'organisme gestionnaire précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues à [l'Article 8.2](#).

Le participant qui avait souscrit à une option et qui a résilié son adhésion pour s'affilier au socle seul, ne peut souscrire une option qu'après 2 ans de souscription sur le socle.

ARTICLE 24 - CHANGEMENT DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE

Le participant salarié, ou l'ancien salarié bénéficiaire d'un maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin, peut demander à changer de niveau de couverture (de niveau supérieur ou inférieur) au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 1 an dans le niveau de couverture.

Le participant qui avait souscrit à une option et qui conformément à [l'Article 23](#) a résilié son adhésion pour s'affilier au socle seul, ne peut souscrire au niveau supérieur (du socle à l'option 1) qu'après 2 ans de souscription sur le socle.

Par la suite, il pourra souscrire à d'autres niveaux de couverture facultatifs dans les conditions visées ci-dessus.

Le changement d'option, à l'initiative du participant vaut pour lui-même et pour ses ayants droit.

ARTICLE 25 - SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'organisme recommandé, celui-ci est subrogé dans les droits du participant ou de ses ayants droit, victimes d'un accident à l'égard du tiers responsable.

ARTICLE 26 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION – EXCLUSIONS

26.1 Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes **26.2** et **26.3** ci-après, ceux énumérés à l'[Article 28](#) du présent titre qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des produits et prestations, et qui n'ont pas donné lieu à une prescription médicale ou à un remboursement de la Sécurité Sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite à l'[Article 28](#) du présent titre.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger (déplacement occasionnel), le remboursement se fait sur la base de remboursement des régimes d'Assurance Maladie Obligatoires français figurant dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire française (NGAP, CCAM, NABM, LPP, GHS).

26.2 Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe **26.3** ci-après.

26.3 SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT, NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE, REALISES :

- EN ETABLISSEMENTS DE POST-CURE,
- EN CENTRE DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE,
- EN CENTRE SPECIALISE DE SOINS POUR TOXICOMANES

26.4 L'organisme assureur ne prend pas en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale lorsqu'ils sont effectués en dehors du territoire français, à l'exception de ceux :

- Effectués par un participant ayant le statut de travailleur frontalier, ou de ses bénéficiaires, s'ils sont domiciliés en dehors du territoire français, et si ces soins sont effectués dans leur pays de résidence principale ;
- Intervenant dans le cadre de soins inopinés (hospitaliers ou ambulatoires), ou de soins programmés avec entente préalable de l'organisme assureur.

Ces exceptions ne s'appliquent pas à la garantie « médecines non conventionnelles ».

ARTICLE 27 - LE CONTRAT RESPONSABLE

Le présent contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

En conséquence :

• il prend en charge notamment :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité du forfait patient urgence,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge (dispositifs 100 % santé) pour l'assuré pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente et les Honoraires Limites de Facturation conventionnels.

• il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) au-delà de la limite fixée par décret, ainsi que sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires et franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente et des Honoraires Limites de Facturation, des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels,
- les frais liés à l'application du coefficient de minoration prévu à l'article L. 322-5 du code de la Sécurité sociale résultant du refus par le bénéficiaire d'utiliser un transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionné, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport.

Le présent contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux salariés de l'adhérent, et à leurs ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, le présent contrat :

- respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale,
- reprend l'ensemble des libellés normés conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

ARTICLE 28 - COUVERTURE

Sont présentés ci-après les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du **REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE** et des **OPTIONS 1, 2 ou 3 RESPONSABLES**.

Ils viennent compléter **ceux de la Sécurité sociale française** et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Pour les garanties prises en charge par la Sécurité Sociale, le remboursement ne peut être inférieur à 100% TM.

Tous les actes pratiqués en secteur non conventionné sont indemnisés sur la base du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ MR inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

S'agissant des actes de préventions, couverts par le contrat, il s'agit des actes de préventions définis par la réglementation remboursés par la Sécurité sociale. La liste des actes indiquée dans le tableau est communiquée à titre indicatif ; elle peut évoluer en fonction de la réglementation.

TABLEAU DES GARANTIES ASSUREES



MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle

Socle + Option 1

Socle + Option 2

Socle + Option 3

Responsable

Hospitalisation (y compris frais de maternité)

Frais de séjour	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 350% BR
Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur à 120€ ou ayant un coefficient K>60				
Honoraires				
(y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile)				
Médecins adhérents à l'un des DPTM	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 350% BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTM	100% TM + 30% BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Forfait actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Forfait patient urgences	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière, y compris maternité (par jour)	-	1,5% PMSS ¹	2,5% PMSS ¹	3,5% PMSS ¹
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	-	1% PMSS ¹	2% PMSS ¹	2% PMSS ¹

¹ PMSS en vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation

Maternité

Forfait maternité Montant par enfant (y compris en cas d'adoption)	5% PMSS ²	10% PMSS ²	15% PMSS ²	20% PMSS ²
---	----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

² PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption

Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé*	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF			
Soins (Hors 100% Santé)				
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 euros / an / bénéficiaire	200 euros/ an / bénéficiaire	400 euros / an / bénéficiaire
Prothèses (Hors 100% Santé)				
Panier Maitrisé **				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100% TM + 200% BR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR			
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100% TM + 200% BR	100% TM +275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR			
Inlay Core	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR			
Inlays onlays d'obturation	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
	dans la limite des HLF	dans la limite de 100% HLF-MR		

MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle

Socle + Option 1

Socle + Option 2

Socle + Option 3

Responsable

Panier Libre ***

Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100% TM + 200% BR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100% TM + 200% BR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Inlays Core	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR
Inlays onlays d'obturation	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	100% BR reconstituée	150% BR reconstituée	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 200% BR	100% TM + 350% BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre	100% BR reconstituée	150% BR reconstituée	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
Implantologie dentaire				
Par implant	-	100 euros	450 euros	800 euros

*Soins et prothèses 100% Santé

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Honoraires Limite de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

** Panier Maîtrisé

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

*** Panier Libre

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation - Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
Consultation - Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 100% BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 60% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 40% BR	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité Sociale https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR
Téléconsultation médicale Prise en charge au titre des honoraires médicaux	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Imagerie médicale

Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR

MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle

Socle + Option 1

Socle + Option 2

Socle + Option 3

Responsable

Analyses et examens de laboratoire

Pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
--	---------	------------------	------------------	-------------------

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
---	---------	------------------	------------------	-------------------

Médicaments

Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-	-	100 euros par an et par bénéficiaire	100 euros par an et par bénéficiaire

Vaccins

Vaccin contre la grippe saisonnière, non remboursé par la Sécurité Sociale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Autres vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non pris en charge par la Sécurité Sociale)	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire

Matériel Médical

Equipelement 100% santé *	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV			
Autre appareillage, prothèses, produits et prestations diverses (hors postes prothèses dentaires, auditives et optiques), pris en charge par la Sécurité sociale.	100% TM dans la limite des PLV	100% TM + 50% BR dans la limite des PLV	100% TM + 100% BR dans la limite des PLV	100% TM + 100% BR dans la limite des PLV

* Equipement 100% santé

Tel que défini réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge prothèses capillaires de classe II à prise en charge renforcée et la prise en charge du forfait de mise à disposition et de livraison pour la location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH), tels que prévus aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Médecines non conventionnelles

Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	50 euros	50 euros	50 euros	50 euros
	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séances	3 séances	4 séances	5 séances

Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale.

Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : RPPS ou FINESS.

Ce professionnel doit disposer d'un diplôme d'Etat reconnu dans sa spécialité.

Aides auditives

Equipements 100% Santé * Classe 1	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV			
-----------------------------------	---	--	--	--

Equipements à tarifs libres Classe 2

Adultes- bénéficiaires de 21 ans ou plus	600 euros - MR	600 euros - MR	700 euros - MR	700 euros - MR
Enfants - bénéficiaires de moins de 21 ans ou personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	1600 euros - MR	1600 euros - MR	1700 euros - MR	1700 euros - MR

MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle

Socle + Option 1

Socle + Option 2

Socle + Option 3

Responsable

Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

La prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

* Equipements 100% Santé

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Prévention

Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010);
- . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015);
- . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011);
- . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012);
- . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- . Coqueluche : avant 14 ans ;
- . Hépatite B : avant 14 ans ;
- . BCG : avant 6 ans ;
- . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- . Haemophilus influenzae B ;
- . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

Optique

Verres et monture

Equipements 100% Santé Classe A (*) (***)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe A	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV

Equipements libres – Classe B (*) (***)

Grille optique - Verres et monture à tarifs libres

Verre Unifocal / Multifocal / Progressif		Avec / Sans Cylindre	SPH= Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant par verre			
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à + 6 (a)	60 euros -MR	80 euros -MR	90 euros -MR	110 euros -MR	
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR	
	Sphéro cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à + 4	70 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR	
		SPH > à 0 et S < ou = à + 6	70 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR	
		SPH > à 0 et S > à + 6	75 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR	
		SPH < à - 6 et CYL > ou = à + 0,25	80 euros -MR	100 euros -MR	110 euros -MR	130 euros -MR	
		SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	100 euros -MR	120 euros -MR	130 euros -MR	150 euros -MR	
Progressif et Multifocal	Sphérique	SPH de -4 à + 4	130 euros -MR	150 euros -MR	190 euros -MR	210 euros -MR	
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 euros -MR	170 euros -MR	210 euros -MR	230 euros -MR	
	Sphéro cylindrique	SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à + 4	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR	
		SPH > 0 et S < ou = à + 8	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR	
		SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR	
		SPH > à 0 et S > à + 8	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR	
		SPH < à - 8 et CYL > ou = à + 0,25	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR	
Monture			50 euros - MR	75 euros - MR	100 euros - MR	100 euros - MR	

(a) Le verre neutre est compris dans cette classe

(*) Equipements 100% Santé – Classe A :

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 soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

(**) Equipements libres – Classe B :

Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

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

(***) 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 à l'alinéa précédent 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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. Dans ce cas, 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.

MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle

Socle + Option 1

Socle + Option 2

Socle + Option 3

Responsable

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'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 des verres de classe A ou B	100% TM, dans la limite des PLV - MR	100% TM, dans la limite des PLV - MR	100% TM, dans la limite des PLV - MR	100% TM, dans la limite des PLV - MR
Supplément pour verres avec filtres de classe B				
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtisie / verres isométriques)	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM

Autres postes optique

Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	2% PMSS ³	3% PMSS ³	5% PMSS ³	8% PMSS ³
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
La chirurgie réfractive, par œil	-	10% PMSS ⁴	25% PMSS ⁴	25% PMSS ⁴

³ PMSS en vigueur au jour de la dépense

⁴ PMSS en vigueur au jour de l'intervention

Autres postes

Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité Sociale	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Cures Thermales	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR
+ Forfait par bénéficiaire	-	5% PMSS ⁵	10% PMSS ⁵	15% PMSS ⁵

⁵ PMSS en vigueur au 1er jour de la cure

Pour mieux comprendre les garanties

DPTM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.

FR-MR = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

EUROS - MR = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

SECURITE SOCIALE = il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

HLF = Les Honoraires Limites de Facturation correspondent au prix maximum de vente à l'assuré social. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale. Ils sont fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.**

Télésurveillance médicale = dispositif prévu aux articles L 162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale

ARTICLE 29 - DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE

Les frais exposés doivent être justifiés par la production des notes d'honoraires, mémoires ou factures établis en bonne et due forme et portant les nom et prénoms du malade.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés au titre d'accident, de maladie ou de maternité postérieurement à la date d'effet de la garantie pendant la durée de cette garantie.

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations est rempli, accompagné des pièces justificatives mentionnées à [l'Article 30](#) et adressé à l'organisme gestionnaire.

Tout dossier transmis sans justification de frais réels sera réglé sur la base du remboursement de la Sécurité Sociale et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

ARTICLE 30 - PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Dans tous les cas :

- Originaux des décomptes des prestations servies par la Sécurité Sociale ou pièces numérisées, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles
- La prescription médicale,
- Le devis préalable lorsqu'il conditionne la prestation,
- Les pièces justificatives si le montant des frais réels ne figure pas sur le volet de décompte de la Sécurité Sociale. (*)

(*) Elles sont indispensables dans les cas suivants :

- Frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement :

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,
- l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires ou pièces numérisées.

- Pharmacie : le bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant.
- Médicaments non pris en charge par la Sécurité Sociale : la prescription médicale et l'original de la facture.
- Autres postes (auditif, appareillage et prothèses diverses autres que dentaires, ...) : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale, selon le cas, l'original de la facture détaillée ou la photocopie de la feuille de soins.

- Soins dentaires / Inlays onlays d'obturation : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.

- Prothèses dentaires / Orthopédie dento-faciale / Actes de parodontologie / Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité Sociale :

- la photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,
- l'original de la facture et/ou note d'honoraires détaillées et acquittées de tous les actes pratiqués (partie prise en charge et partie non prise en charge, numéro des dents soignées),

- Orthopédie dento-faciale non prise en charge :

- la facture acquittée et détaillée, émise par un professionnel de santé portant le cachet, la signature et le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien.

- Lunettes : l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le numéro des verres, le coût et la marque des verres et de la monture, la correction visuelle et le type de verre,

- Lentilles de contact correctrices :

- l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le coût et la marque des lentilles,
- l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale.

- Opération de l'œil : l'original de la facture

- **Maternité :**

- l'original de la facture,
- copie de l'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille (Attention : cette démarche ne remplace pas l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire du régime, cette inscription devant être expressément demandée à votre Service du Personnel).

- **Adoption :** une copie du jugement d'adoption plénière.

- **Cures thermales :**

- l'original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,
- l'original du décompte de la Sécurité Sociale se rapportant à cette cure ou pièce numérisée,
- l'attestation de séjour en cure indiquant la durée du séjour.

- **Prévention :**

- l'original du décompte de la Sécurité Sociale, en ce qui concerne les vaccins ou actes pris en charge par cet organisme,
- l'original de la facture du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale
- la note d'honoraires et/ou l'original de la facture, en ce qui concerne la consultation du diététicien.

- **Médecines non conventionnelles :** l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien.

L'organisme recommandé se réserve le droit de demander toute autre pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit du participant.

ARTICLE 31 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Sauf cas de force majeure, l'organisme gestionnaire procédera au paiement des prestations auprès des assurés dans le délai moyen de 7 jours 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.

ARTICLE 32 - DÉCHÉANCE

L'assuré est déchu de ses droits aux prestations si la demande des pièces justificatives ne parvient pas à l'organisme gestionnaire dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

ANNEXE 1 GARANTIES ET SERVICES SANTE COMPLEMENTAIRES

Garanties et Services Santé complémentaires

Assistance

Protocole : 922816.

Coût : 5, 47 € TTC par an, par participant (inclus dans les cotisations obligatoires prévues au contrat).

La garantie Assistance prévue au contrat, dans le cadre de la **Convention d'Assistance souscrite par AG2R Prévoyance auprès de FRAGONARD ASSURANCES** (SA au capital de 37 207 660,00 € - 479 065 351 RCS Paris - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris - Entreprise régie par le Code des assurances), est mise en œuvre par **AWP FRANCE SAS** (SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>) dénommée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** ».

Elle est régie par ses propres conditions générales.

Téléconsultation médicale

Protocole : 7204298

La Téléconsultation médicale, incluse au présent contrat, est régie par ses propres conditions générales.

Elle est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine.

Elle est réalisée sur la base d'un contrat conclu entre **l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS)** et **AXA Assistance**. Autorisation de la CNIL - délibération n° 2015-134 du 23 avril 2015. AXA ASSISTANCE France - Société anonyme - Siège social : 6, rue André-Gide 92320 Châtillon - RCS Nanterre n° 311 338 339.