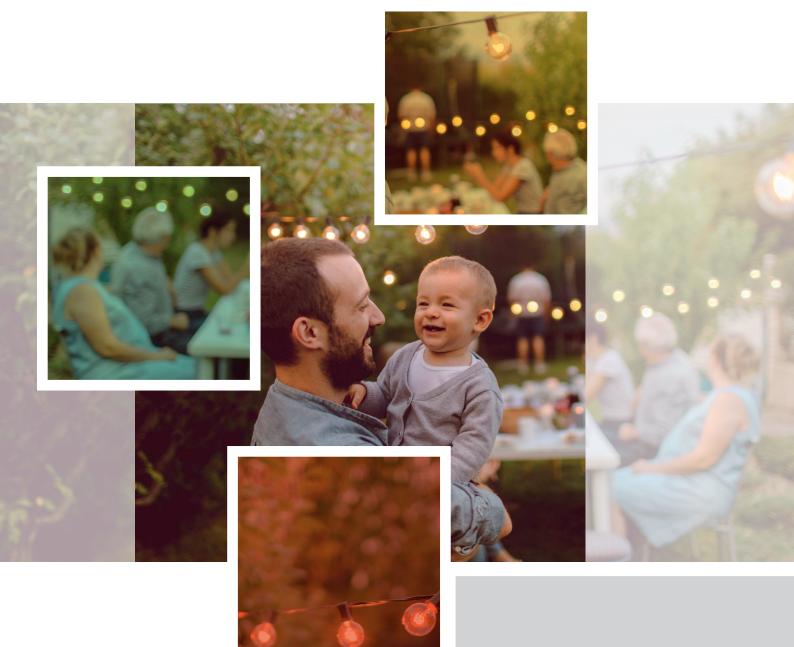


NOTICE D'INFORMATION

MISE À JOUR AU 1^{ER} JANVIER 2020



RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS ET ANCIENS SALARIÉS DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
PRÉAMBULE	3
BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME ET CONDITIONS D'ADHÉSION	4
Adhésion obligatoire du salarié	4
Ayants droit du salarié couverts à titre obligatoire	6
Ayants droit du salarié couverts à titre facultatif	9
MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT DES ANCIENS SALARIÉS	11
Maintien des garanties en cas de rupture de contrat de travail (au titre de la portabilité des droits issue de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale) Maintien des garanties sans participation de l'employeur (régime d'accueil	11
des anciens salariés)	13
TIERS PAYANT	17
Carte de Tiers Payant	17
GARANTIE	18
Description de la garantie frais de santé	18
Définitions de certains postes et pièces justificatives à joindre	21
Territorialité	26
TABLEAU DES GARANTIES	27
Grille optique	30
HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ	31
COTISATIONS	32
Assiette de cotisations	32
Modalités de paiement des cotisations	33
évolution des cotisations	33
Défaut de paiement de la cotisation par l'Assuré (en l'absence de précompte par le souscripteur)	33
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	34
Prescription	34
Déchéance	34
Subrogation	35
Recours / Médiation	35
Protection des données personnelles	35
Organisme de contrôle	37
LEXIQUE	38
ANNEXES	41
Annexe 1 – Pièces justificatives à fournir lors de l'adhésion	41
Annexe 2 – Recours / Médiation	43
Annexe 3 – Organismes assureurs	44
Annexe 4 – Services et garanties complémentaires	46

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la Sécurité sociale ont signé en date du 28 juin 2016 un avenant à l'accord collectif du 12 août 2008, instituant un régime complémentaire obligatoire de couverture de frais de santé au profit des salariés et des anciens salariés des Organismes de Sécurité sociale et de leurs établissements ainsi que de leurs ayants droit.

Cet avenant qui a reçu l'agrément des pouvoirs publics le 11 juillet 2016, fixe notamment la nouvelle procédure de recommandation des assureurs du régime ainsi que les conditions de mise en œuvre du « haut degré de solidarité » qui y est associée, conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et législatives.

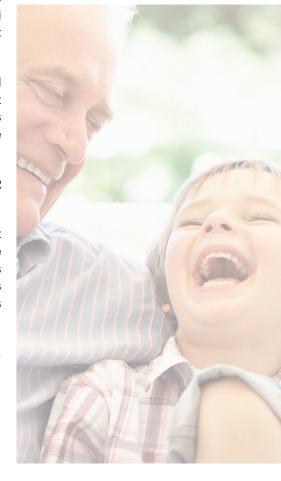
En outre, les partenaires sociaux ont signé en date du 13 juin 2017 un second avenant à l'accord collectif du 12 août 2008. Cet avenant qui a reçu l'agrément des pouvoirs publics le 25 octobre 2017, modifie notamment la définition des ayants droit du salarié couverts à titre obligatoire par le régime de frais de santé ainsi que les modalités de dispenses d'adhésion audit régime.

Dans ce cadre, vous bénéficiez des garanties découlant de l'accord du 12 août 2008 et de ses avenants et ce, sans condition d'ancienneté.

La présente notice d'information décrit l'ensemble des droits et obligations dont vous bénéficiez, en tant que salarié ou ancien salarié d'un Organisme de Sécurité sociale, dans le cadre du régime frais de santé et notamment les garanties auxquelles votre adhésion au régime ouvre droit. Ces garanties ont été mises en conformité avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables modifiés par décret du 11 Janvier 2019, suite à la réforme du 100% santé.

Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection sociale de qualité.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter votre organisme assureur.



BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME ET CONDITIONS D'ADHÉSION



ADHÉSION OBLIGATOIRE DU SALARIÉ

Champ d'application

Adhère au présent régime frais de santé à adhésion obligatoire, sans délai de carence, l'ensemble du personnel salarié des organismes de Sécurité sociale ayant adhéré auprès de l'un des assureurs recommandés (ci-après appelés « organisme adhérent » ou « organisme employeur ») et relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Chaque salarié dûment affilié au présent régime est appelé « Assuré ».

Toutefois, en tant que salarié concerné par cette obligation d'adhésion, vous pouvez demander à en être dispensé dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations de dispense en vigueur. Votre demande de dispense est à effectuer auprès de votre organisme employeur qui en vérifie le bien fondé. Cette demande doit impérativement être formalisée par écrit et comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Formalités d'adhésion du salarié

Afin d'assurer dans les meilleurs délais l'enregistrement de votre adhésion et celle de vos ayants droit éventuels, vous devez accomplir certaines formalités :

- remplir le bulletin d'adhésion remis par le correspondant ressources humaines de votre organisme employeur, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit (pour plus de détails sur l'adhésion des ayants droit, voir les paragraphes « Formalités d'adhésion des ayants droit à titre obligatoire », page 8 et « Formalités d'adhésion des ayants droit à titre facultatif » page 9),
- retourner le plus rapidement possible ce bulletin d'adhésion complété et signé à votre correspondant ressources humaines, accompagné des pièces justificatives mentionnées en annexe de la présente notice.

Suite à l'enregistrement de votre adhésion par l'organisme assureur, vous recevrez de celui-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ciaprès, page 17.

Formalités en cas de modification de situation familiale ou administrative

Formalités à accomplir en cas de modification de votre situation familiale :

Toute évolution de votre situation de famille (nouvel ayant droit, perte de la qualité d'ayant droit, mariage, décès...), doit être portée à la connaissance de votre organisme employeur, qui vous fera compléter un bulletin individuel de modification d'adhésion, disponible auprès de votre correspondant ressources humaines, que vous devrez ensuite lui retourner accompagné des pièces justificatives, dans les 15 jours qui suivent l'événement.

Si nécessaire, une nouvelle carte de tiers payant vous sera alors envoyée par votre organisme assureur.

Formalités à accomplir en cas de modification de votre situation administrative :

Il convient également de signaler très rapidement à votre organisme assureur toute modification de votre situation administrative ou de celle de vos ayants droit impactant la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de Caisse primaire d'assurance maladie, de coordonnées bancaires...).

Date d'effet et durée de l'adhésion du salarié

Votre adhésion prend effet :

- dès la date d'effet de l'adhésion de l'organisme de Sécurité sociale qui vous emploie, si votre contrat de travail est déjà en cours à cette date;
- ou si vous avez été embauché ultérieurement, à la date de votre embauche dans l'organisme de Sécurité sociale adhérent.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date intervient à compter du 1^{er} jour de votre adhésion peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent régime.

Votre adhésion prend fin :

- au dernier jour du mois au cours duquel vous ne remplissez plus les conditions d'adhésion et notamment à la date de fin de votre contrat de travail, sous réserve des possibilités de maintien de garanties, telles que précisées au paragraphe « Maintien des garanties », page 11;
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion au présent régime par votre organisme employeur;
- à la date de retrait de la recommandation de l'organisme assureur par la Commission Paritaire de Pilotage du régime ou de renonciation à la recommandation par l'organisme assureur.





Suspension de votre adhésion en cas de suspension de votre contrat de travail

La suspension de votre contrat de travail entraîne la suspension de votre adhésion, sauf dans les cas suivants :

- suspension de contrat de travail emportant maintien total ou partiel du salaire (notamment les périodes de suspension liées à une maladie, une maternité ou un accident),
- autres cas de suspension du contrat de travail ouvrant droit à maintien de l'adhésion obligatoire (cotisations calculées à partir d'un salaire reconstitué):
 - arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
 - congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;
 - congé parental d'éducation dans la limite d'un an ;
 - congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an ;
 - congé de solidarité familiale ;
 - congé de proche aidant ;
 - congé de présence parentale.

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire (y compris pour les salariés reconnus en invalidité par la Sécurité sociale et dont le contrat de travail n'est pas rompu), votre adhésion obligatoire est suspendue pendant la durée de la suspension de votre contrat de travail : vos garanties au titre du présent régime sont suspendues pour vous-même et vos ayants droit. Toutefois, vous pouvez demander à votre correspondant des ressources humaines le maintien de vos garanties à titre facultatif (pour vous-même et vos ayants droit), sous réserve du paiement d'une cotisation spécifique sans participation financière de l'employeur. Les modalités d'adhésion et de cessation de ce maintien facultatif sont identiques à celles applicables aux ayants droit à titre facultatif telles que précisées aux paragraphes « Formalités d'adhésion des ayants droit à titre facultatif » et « Date d'effet et durée de l'adhésion des ayants droit à titre facultatif » ci-après, page 9.

A la date de reprise de votre contrat de travail, vous retrouvez les effets de l'affiliation obligatoire au présent régime, sans délai de carence.

AYANTS DROIT DU SALARIÉ COUVERTS À TITRE OBLIGATOIRE

Définition des ayants droit obligatoires

Vos ayants droits affiliés au régime à titre obligatoire sont :

Votre conjoint qui ne perçoit pas de revenus professionnels ou de revenus de remplacement (notamment allocation chômage, pension de retraite ou de pré-retraite, d'invalidité, rente accident du travail, indemnités journalières) ou dont le montant annuel de revenus professionnels ou de remplacement est inférieur à 10% du plafond annuel de Sécurité sociale.

Est assimilé au conjoint :

✓ son époux/épouse, ni séparé(e) de corps judiciairement, ni divorcé(e) ;

ou à défaut,

 toute personne liée avec le salarié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil;

ou à défaut,

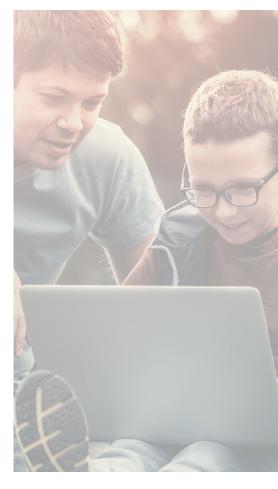
✓ la personne vivant en couple avec l'assuré dans les conditions fixées par l'article 515-8 du Code civil, à condition que le salarié et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Votre enfant ou celui de votre conjoint (ou assimilé) affilié à titre obligatoire au présent régime :

- ✓ jusqu'à son 27° anniversaire à condition de remplir l'une des conditions suivantes :
 - être à votre charge ou à celle de votre conjoint (ou assimilé), au sens de la législation Sécurité sociale ;
 - résider à votre domicile et percevoir annuellement des revenus professionnels ou de remplacement inférieurs à 10% du plafond annuel de la Sécurité sociale;
 - poursuivre ses études et être régulièrement inscrit dans un établissement;
 - être demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi et non indemnisé à ce titre;
 - être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou stagiaire à condition de percevoir des revenus inférieurs à 80 % du Smic brut et ne pas bénéficier par ailleurs d'autre régime complémentaire de même nature à adhésion obligatoire.
- sans limite d'âge, pour les enfants bénéficiant d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaire de la carte d'invalidité, dans la mesure où il ne perçoit pas de revenus supérieurs à 80% du SMIC brut.

Vous devez déclarer vos ayants droit à votre employeur au moment de votre adhésion au régime ou lors de leur changement de statut en produisant une attestation sur l'honneur et autres pièces justificatives précisées en annexe 1. Leur situation est susceptible de faire l'objet d'un contrôle annuel par l'organisme assureur.

Toutefois, vous pouvez demander une dispense d'adhésion au présent régime pour vos ayants droit, dès lors qu'ils se trouvent dans l'une des situations de dispense applicables, telles qu'elles vous seront précisées par votre organisme employeur. Votre demande de dispense est à effectuer auprès de votre organisme employeur qui en vérifie le bien fondé.



Formalités d'adhésion des ayants droit à titre obligatoire

Les informations concernant vos ayants droits obligatoires doivent être indiquées sur votre bulletin individuel d'adhésion.

Les formalités à accomplir en cas d'évolution de votre situation de famille sont précisées ci-dessus à l'article « Formalités en cas de modification de situation familiale ou administrative », page 5.

Date d'effet et durée de l'adhésion des ayants droit à titre obligatoire

L'adhésion des ayants droit prend effet à la même date que le salarié, c'est à dire dès que celui-ci est admis à l'Assurance, sous réserve d'avoir été déclarés sur le bulletin individuel d'adhésion.

L'adhésion cesse pour chaque enfant à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions pour être enfant ayant droit à titre obligatoire au sens de la définition ci-dessus. Il en est de même pour le conjoint, concubin ou partenaire de PACS s'il vient à perdre sa qualité d'ayant droit à titre obligatoire au sens de la définition ci-dessus.

Toutefois, en cas de décès du salarié, ses ayants droit peuvent conserver le bénéfice des garanties (cf. article « *Maintien des garanties sans participation de l'employeur (régime d'accueil des anciens salariés)* », page 13).

Disposition particulière pour les couples travaillant dans le même organisme

Si vous et votre conjoint (ou assimilé tel que prévu ci-dessus) travaillez dans le même organisme de Sécurité sociale (exemple : même CAF, même CPAM, même URSSAF, etc...), que vous ayez ou non des enfants à charge, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit. L'affilié principal est alors redevable d'une seule et unique cotisation familiale.

Pour plus d'information sur les conditions à remplir, rapprochez-vous de votre correspondant ressources humaines.

Dès lors que la situation (mariage, PACS, concubinage) ayant justifié cet aménagement cesse, vous devez alors cotiser chacun obligatoirement en votre nom propre à compter du 1er jour suivant la modification de votre situation.

Il en va de même en cas de départ en retraite de l'un des conjoints, ou lorsque l'un des deux se trouve en suspension de contrat de travail sans maintien de couverture par l'employeur, ou bénéficie d'une rente d'invalidité avec suspension du contrat de travail.



AYANTS DROIT DU SALARIÉ COUVERTS À TITRE FACULTATIF

Définition des ayants droits facultatifs

Peuvent adhérer à titre facultatif au régime, sans participation financière de l'Employeur, en contrepartie d'une cotisation spécifique, et sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- votre conjoint (ou assimilé), lorsqu'il ne remplit pas les conditions pour être votre ayant droit à titre obligatoire au sens de la définition ci-dessus, ainsi que ses enfants qui répondent à la définition d'enfant ayant droit prévue à l'article « Définition des ayants droit obligatoires », page 6;
- l'enfant de votre enfant couvert par le régime en qualité d'ayant droit à titre obligatoire.



Pour faire adhérer vos ayants droits facultatifs au régime, vous devez indiquer les informations les concernant sur votre bulletin individuel d'adhésion ou, en cas de changement de votre situation familiale postérieure à votre adhésion, vous pouvez faire une demande d'adhésion de vos nouveaux ayants droit dans les conditions prévues à l'article « Formalités en cas de modification de situation familiale ou administrative », page 5.

Date d'effet et durée de l'adhésion des ayants droit à titre facultatif

Sous réserve des formalités d'adhésion ci-dessus, l'adhésion de l'ayant droit à titre facultatif prend effet :

- ✓ soit concomitamment à celle du salarié,
- soit à la date de survenance d'un évènement tel que : mariage, pacte civil de solidarité ou concubinage

et pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dans les cas suivants :

- ✓ résiliation par l'organisme assureur, en cas de non-paiement par l'organisme adhérent de cotisations relatives à l'adhésion facultative :
- résiliation de votre part par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme assureur, avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'année de la demande;
- résiliation de votre part de la couverture facultative de votre conjoint (ou assimilé) en cas de changement de situation professionnelle de votre conjoint entraînant son adhésion à un autre régime collectif de santé à adhésion obligatoire. Dans ce cas, sur présentation des justificatifs, la résiliation s'applique à la date d'effet de l'adhésion du conjoint à l'autre régime.

Toute demande d'adhésion de votre part, hors les deux situations décrites ci-dessus n'est pas recevable.





Toute demande de résiliation de votre part dans le cadre d'une adhésion facultative est définitive, sauf cas particulier de la réintégration du conjoint qui cesse de bénéficier d'un autre régime de santé à adhésion obligatoire.

L'adhésion de l'ayant droit à titre facultatif prend fin en tout état de cause :

- au dernier jour du mois au cours duquel l'ayant droit ne remplit plus les conditions pour être adhérent à titre facultatif;
- au dernier jour du mois au cours duquel le salarié dont dépend l'ayant droit à titre facultatif perd sa qualité d'Assuré;
- → à la date d'effet de la résiliation de son adhésion au présent régime par votre organisme employeur;
- à la date de retrait de la recommandation de l'organisme assureur par la Commission Paritaire de Pilotage du régime ou de renonciation à la recommandation par l'organisme assureur.

MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT DES ANCIENS SALARIÉS

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DE CONTRAT DE TRAVAIL (AU TITRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS ISSUE DE L'ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

En cas de rupture de votre contrat de travail, vous avez la possibilité de bénéficier du maintien des garanties pendant votre période de chômage indemnisée dans les conditions définies ci-dessous.

Prise d'effet et durée du maintien des garanties au titre de la portabilité

Ce maintien prend effet dès le lendemain de la date de cessation effective du contrat de travail (terme du préavis effectué ou non) pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder **douze mois**, à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

Conditions cumulatives requises pour l'accès au maintien des garanties

L'ancien salarié doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- ✓ le contrat de travail doit avoir été rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont concernés (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif légitime, convention de reclassement personnalisé), à l'exception de la faute lourde;
- la rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'Assurance chômage;



 les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur avant la cessation du contrat de travail.

Ce maintien est accordé, à titre gratuit, à l'ancien salarié et le cas échéant à ses ayants droit (à charge ou non) qui bénéficiaient effectivement des garanties au moment de la cessation du contrat de travail, ainsi qu'aux enfants (naissance, adoption) acquérant cette qualité pendant la période de maintien.

Le financement de ce maintien dans le régime est assuré par mutualisation.

Si vous aviez renoncé au bénéfice du régime frais de santé du fait d'une dispense d'adhésion, vous ne pourrez pas, ainsi que vos ayants droit, prétendre au bénéfice de la portabilité des garanties.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont identiques à celles en vigueur pour les salariés actifs.

Modifications contractuelles

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

Modalités d'information

L'organisme employeur doit informer l'organisme assureur dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés.

Obligations du bénéficiaire du maintien des garanties

Le bénéficiaire du maintien doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période du maintien des garanties, des conditions énoncées cidessus et notamment de son indemnisation par le régime d'Assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

Il doit signaler également toute modification de sa situation (fin d'indemnisation chômage, reprise d'une activité professionnelle...) à l'Assureur et plus généralement, il doit informer immédiatement l'organisme assureur de toute évolution de sa situation justifiant la cessation du bénéfice de la portabilité.

Fin du maintien des garanties

Le maintien des garanties au titre de la portabilité prend fin :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage quel qu'en soit le motif ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation;
- → à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion souscrite par l'employeur ou de la date de dénonciation de l'accord du 12 août 2008;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail;
- au jour du décès de l'assuré.

Seuls les soins ou actes médico-chirurgicaux dont la date des soins est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties pourront être pris en charge.

A l'issue de cette période de maintien des garanties, l'intéressé peut, si les conditions sont réunies, bénéficier du régime des anciens salariés ci-après.

A ce titre, l'intéressé recevra de l'organisme assureur une proposition de maintien de la couverture au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

MAINTIEN DES GARANTIES SANS PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR (RÉGIME D'ACCUEIL DES ANCIENS SALARIÉS)

Le régime d'accueil des anciens salariés vous est proposé, dès lors que vous bénéficiez d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage, que vous n'exercez pas d'activité professionnelle (sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite) et qu'à votre dernier jour d'activité, vous étiez salarié d'un organisme de Sécurité sociale adhérent.

Vos ayants droit sont également concernés dès lors qu'ils étaient couverts au titre du régime des actifs.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut tant que vous ne reprenez pas une activité professionnelle rémunérée, que vous conservez le bénéfice des prestations et pensions visées ci-dessus et que vous vous acquittez de la cotisation.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut, à votre choix, soit uniquement pour vousmême, soit pour vous-même et vos ayants droit à la date de cessation de votre contrat de travail.

Les garanties maintenues sont identiques à celle du régime des actifs. La cotisation spécifique correspondante est exclusivement à votre charge.





Autres cas ouvrant droit au bénéfice du régime d'accueil des anciens salariés :

- En cas de décès d'un salarié actif, ses ayants droit peuvent bénéficier du régime d'accueil des anciens salariés.
- En cas de décès d'un ancien salarié bénéficiaire du régime d'accueil des anciens salariés, ses ayants droit peuvent continuer à bénéficier de ce régime.

Formalités d'adhésion au régime d'accueil

Pour adhérer au régime d'accueil des anciens salariés, vous devez en faire la demande en adressant à l'organisme assureur un bulletin d'adhésion dûment complété, dans les six mois qui suivent votre départ de votre organisme employeur ou dans les six mois qui suivent la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien de garantie tel que prévu au paragraphe « Maintien des garanties en cas de rupture de contrat de travail (au titre de la portabilité des droits », page 11.

Vous pouvez vous procurer le bulletin d'adhésion au régime d'accueil soit auprès de votre employeur soit auprès de votre organisme assureur.

En cas de décès du salarié ou de l'ancien salarié, les ayants droit souhaitant adhérer au régime d'accueil doivent également en faire la demande auprès de l'organisme assureur en remplissant le bulletin d'adhésion prévu à cet effet et en l'adressant à l'organisme assureur dans les six mois suivant le décès.

En tout état de cause, l'intéressé recevra de l'organisme assureur une proposition de maintien de la couverture dans le cadre du régime d'accueil des anciens salariés, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de l'évènement y ouvrant droit (cessation du contrat de travail, expiration des droits à portabilité, décès du salarié), dès lors que l'organisme assureur sera informé de cet évènement.

Cotisations du régime d'accueil

Cotisations de l'ancien salarié et de ses ayants droit :

La cotisation annuelle au titre du maintien est déterminée en fonction de la composition familiale et de la situation des personnes couvertes :

- ✓ la cotisation « Isolé » s'applique en cas de couverture de l'ancien salarié
 seul
- ✓ la cotisation « Famille » s'applique en cas de couverture de l'ancien salarié et de ses ayants droit à charge tels que définis à l'article « Définition des ayants droit obligatoires », page 6 de la présente notice d'information,
- ✓ la cotisation « Ayant droit » s'applique en cas de couverture d'un ayant droit non à charge de l'ancien salarié tel que défini au paragraphe « Définition des ayants droit facultatifs », page 9 de la présente notice d'information.

Pour l'ancien salarié et ses ayants droit à charge, y compris après le décès de l'ancien salarié s'ils bénéficient d'une pension de réversion, la cotisation Isolé ou Famille est diminuée de la participation du fonds de financement des cotisations des anciens salariés. Cette participation s'élève à 25 % de la cotisation due. Elle peut être révisée par la Commission Paritaire de Pilotage.

Cotisations des ayants droit d'un salarié décédé :

En cas de décès d'un salarié:

- ses ayants droit à charge tels que définis au paragraphe précédent peuvent bénéficier d'un maintien de garanties dans les conditions suivantes:
 - gratuité de la cotisation pendant la 1ère année d'adhésion suivant le décès du salarié ;
 - à compter de la 2° année d'adhésion, paiement d'une cotisation équivalente à celle des actifs jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint 62 ans;
 - à compter du 1^{er} janvier qui suit le 62^e anniversaire de l'Assuré, paiement de la cotisation applicable aux anciens salariés.
- ses ayants droit non à charge tels que définis au paragraphe précédent peuvent bénéficier d'un maintien de garanties dans les conditions suivantes :
 - maintien de la cotisation applicable aux ayants droit non à charge de salarié actif jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint 62 ans;
 - à compter du 1^{er} janvier qui suit le 62^e anniversaire de l'Assuré, paiement de la cotisation applicable aux ayants droit non à charge des anciens salariés.

Modalités de paiement des cotisations :

Les cotisations concernant l'ancien salarié ou les ayants droit d'un salarié décédé sont appelées par l'organisme assureur directement auprès de l'Assuré concerné ou de son représentant légal.

Les cotisations sont payables mensuellement et dues le premier jour du mois auquel elles se rapportent.

A défaut du paiement des cotisations par un ancien salarié ou ayant droit de salarié décédé dans le mois qui suit leur échéance, les garanties sont suspendues quarante jours après l'envoi par l'organisme assureur d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Elle informe l'Assuré qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion.

Résiliation de l'adhésion au régime d'accueil

L'adhésion au régime d'accueil est souscrite pour une durée d'un an. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction, sauf dans les cas suivants :

- ✓ résiliation par l'adhérent dans les conditions ci-dessous ;
- résiliation par l'organisme assureur, en cas de non-paiement des cotisations par l'adhérent;
- adhésion justifiée de l'adhérent à un régime obligatoire.



L'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion au régime d'accueil par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme assureur :

- ✓ soit avant le 31 octobre pour une résiliation à effet du 31 décembre de la même année à minuit;
- ✓ soit au moins deux mois avant la date anniversaire de l'adhésion, pour une résiliation à effet de cette date anniversaire.

Toute demande de résiliation par l'adhérent est définitive.

La résiliation de l'adhésion vaut tant pour l'Assuré que pour ses ayants droit.



TIERS PAYANT

Le tiers payant est un accord passé entre l'organisme assureur et les professionnels de santé qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans le cadre des prestations garanties.

Pour bénéficier de ce service, vous présentez aux professionnels de santé votre carte de tiers payant et votre attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale ou votre carte Vitale.

Le tiers payant fonctionne notamment pour l'hospitalisation, la pharmacie et, selon les accords existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les cabinets dentaires et auprès des opticiens.

Si vous réglez au professionnel de santé une partie des soins, vous devez réclamer un justificatif de paiement et l'adresser à votre organisme assureur.



Suite à l'enregistrement de votre adhésion par l'organisme assureur, vous recevrez de celui-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ci-dessus.

Si vous quittez votre organisme employeur et dans tous les cas si vous ne remplissez plus les conditions pour bénéficier du présent régime, vous devez restituer votre ou vos carte(s) de tiers payant à votre correspondant ressources humaines ou à votre organisme assureur.



GARANTIE



DESCRIPTION DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

La garantie frais de santé telle que prévue par la présente notice, consiste à vous faire bénéficier ainsi qu'à vos ayants droit, de la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, prescrits par une autorité médicale qualifiée et remboursés par la Sécurité sociale.

Les frais médicaux pris en charge par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire à l'exception des soins hors nomenclature, sauf cas expressément indiqués dans le « *Tableau des garanties* », page 27.

Les prestations sont dues au titre des soins de santé intervenant à compter de la date d'effet de l'adhésion, et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime.

A l'exception des prestations exprimées forfaitairement en euros, les prestations mentionnées dans le tableau des garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Le remboursement des prestations est dans tous les cas limité pour chaque acte aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

Contrat responsable

Votre contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables ». Les prestations garanties au présent régime sont conformes aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et à ses décrets d'application, notamment les articles R.871-1 et R. 871-2 du même code.

En conséquence, le présent régime frais de santé solidaire prend en charge obligatoirement les niveaux de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'Assurance maladie obligatoire y compris celles liées à la prévention, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie;
- ✓ l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;

- ✓ les dépassements d'honoraires, prévus par la garantie, des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100% de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré auxdits dispositifs minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement;
- ✓ Les prestations 100% santé précisées ci-dessous.



Précisions sur le 100% santé

Les équipements d'optique médicale :

La garantie distingue deux classes d'équipements optiques :

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

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

Les aides auditives :

La garantie distingue deux classes d'aides auditives :

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

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

Les soins dentaires :

La garantie distingue trois paniers de soins :

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



Le mécanisme du tiers payant est mis en œuvre pour les garanties du contrat au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Toutefois, le présent régime ne prend pas en charge :

- ✓ la participation forfaitaire pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes biologiques ainsi que les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale);
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) ou, à compter de sa mise en place, de non autorisation d'accès au dossier médical partagé (article L.1111-15 du code de santé publique);
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur. Ainsi, toute contribution forfaitaire, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par les dispositions régissant les contrats responsables, ne sera pas remboursée au titre du présent régime. De même, toute nouvelle obligation de prise en charge sera intégrée au régime.

Comment vous faire rembourser?

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et votre organisme assureur. Grâce à lui, vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes ; c'est la CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité la feuille de soins.

Le règlement des prestations par votre organisme assureur s'effectue directement sur votre compte par virement bancaire.

Cependant, pour certains actes (dentiste, optique, hospitalisation, cure...) l'envoi de pièces justificatives à l'organisme assureur est nécessaire (voir paragraphe « Définition de certains postes et pièces justificatives à joindre », page 21).

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du système NOEMIE, vous devrez le préciser expressément sur votre bulletin d'adhésion. Vous devrez alors adresser à votre organisme assureur vos demandes de remboursement accompagnées des originaux des décomptes de la Sécurité sociale et, le cas échéant, des justificatifs des frais réels engagés.

Adhésion à plusieurs organismes complémentaires :

La liaison NOEMIE ne fonctionne qu'entre la CPAM et un seul organisme complémentaire. En cas d'adhésion à plusieurs organismes, vous devrez choisir celui auprès duquel la connexion souhaitée sera établie et l'indiquer lors de votre adhésion.

Si vous êtes bénéficiaire de plusieurs garanties frais de santé, vous pouvez obtenir le versement des prestations de chacune d'elles et ce, dans la limite des dépenses réellement engagées.

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

DÉFINITIONS DE CERTAINS POSTES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

Hospitalisation

La garantie des frais d'hospitalisation porte sur :

- les frais d'hospitalisation chirurgicale exposés en clinique ou à l'hôpital (service chirurgie) et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire;
- les frais d'hospitalisation médicale en cas de séjour en clinique ou à l'hôpital (service médecine) et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire;
- et de façon générale, les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé sous réserve qu'ils soient remboursés par le Régime Obligatoire.

Les remboursements de l'organisme assureur sont effectués selon les taux et dans les limites données dans le tableau des garanties ci-après.

Tous suppléments, tels que suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, télévision, etc., ne donnent pas lieu à remboursement, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le Régime Obligatoire.

Les frais d'accompagnement concernent les enfants à charge inscrits au régime, jusqu'à la veille de leur seizième anniversaire.

Ces frais sont pris en charge par l'organisme assureur, nuitée et/ou repas, sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier ou maison d'accueil pour famille.

Forfait journalier

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé.

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entrainés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, il est pris en charge intégralement par le régime complémentaire sans limitation de durée.

Sont exclus les établissements médicaux sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements pour personnes dépendantes (EHPAD).



Actes techniques

Entrent dans cette rubrique:

les actes techniques et de chirurgie (y compris petite chirurgie et actes de spécialité) qu'ils soient effectués lors d'une hospitalisation, en ambulatoire ou au cabinet d'un professionnel de santé, sous réserve qu'ils soient remboursés par le Régime Obligatoire.

Dentaire

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe plusieurs types :

- Les prothèses fixes comme les couronnes et les bridges.
- Les prothèses amovibles (appareil dentaire, dentier...).

Le chirurgien-dentiste est tenu de présenter un devis au patient contenant au moins une offre composée des prothèses appartenant au 100% Santé.

Implant

Il s'agit d'une racine artificielle en titane fixée dans l'os de la mâchoire destinée à remplacer une racine dentaire perdue et à supporter une dent (ou un élément) prothétique. On distingue l'implant des autres éléments de la dent artificielle, à savoir le pilier implantaire qui est vissé dans l'implant et la prothèse scellée sur le pilier prothétique intermédiaire.

Le régime complémentaire intervient uniquement pour l'implant racine non remboursé par la Sécurité sociale.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le montant des honoraires correspondant au traitement.

Orthodontie

Il s'agit de la discipline médicale pratiquée par les orthodontistes visant à corriger ou à prévenir les déformations des arcades dentaires ainsi que des malpositions dentaires.

Optique

La limitation en termes d'équipement vise la paire de lunettes, soit une monture et deux verres tous les deux ans.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Pour les assurés ayant un déficit de vision de loin et de près et n'optant pas pour des verres progressifs ou multifocaux, il est possible de prendre en charge deux équipements sur la période de deux ans de référence, corrigeant chacun un des deux déficits, la précision étant que les règles de couverture (plancher, plafond, délai de renouvellement) s'appliquent individuellement à chaque équipement.

Par dérogation, la période de deux ans est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que d'autres cas précisés par la LPP.

La facture détaillée acquittée de la monture et des verres ainsi que la prescription médicale peuvent être demandées à des fins de contrôle.

En cas de nouvel équipement avant l'échéance des deux ans, (équipement par période d'un an) l'intéressé devra fournir :

✓ la facture détaillée et prescriptions médicales (initiale et actuelle), attestant le changement de correction.

L'opticien est tenu de présenter un devis au patient contenant au moins une offre composée d'un équipement de Classe A.

Pour la chirurgie réfractive de l'œil, l'intéressé devra fournir la facture détaillée acquittée.

Dans le cadre de la chirurgie intraoculaire, il faut distinguer l'acte de chirurgie de l'implant intraoculaire.

Le régime complémentaire intervient uniquement pour l'acte de chirurgie.

Aides auditives

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes sur prescription médicale.

L'audio-prothésiste est tenu de présenter un devis au patient contenant au moins une offre composée d'un équipement de Classe 1.

Cures thermales

Ne bénéficient des garanties prévues dans le tableau des garanties que les cures thermales faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Les limitations imposées par le Régime Obligatoire s'impose donc de fait aux garanties précisées dans le tableau de garanties ci-après.

Le transport et l'hébergement non remboursés par l'AMO sont pris en charge sur présentation de justificatifs de dépenses :

- ✓ la facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal,
- ✓ les décomptes de prestations du Régime Obligatoire,
- la facture acquittée des frais d'hébergement et de transport remboursés ou non par la Sécurité sociale.





Maternité

Les frais exposés au titre de la maternité et donnant lieu à l'intervention du Régime Obligatoire au titre de l'Assurance Maternité donnent lieu à l'intervention du Régime selon les mêmes modalités que pour les frais exposés au titre de la maladie ou de l'hospitalisation.

Médecine douce

La médecine douce est une **médecine alternative à la médecine conventionnelle.** Elle est prise en charge dans les conditions et les limites des montants indiqués dans le tableau de garanties.

Ostéopathie

L'ostéopathie est une méthode de soin qui s'emploie à déterminer et à traiter les dysfonctions de la mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps.

Chiropraxie

La Chiropraxie est une médecine manuelle pour les soins du dos et des articulations. La chiropraxie a pour objet la détection, le traitement et la prévention des dysfonctionnements du squelette et de ses conséquences, notamment au niveau de la colonne vertébrale et des membres.

Homéopathie

L'homéopathie est une thérapie naturelle fondée sur le principe que le corps est capable de se guérir lui-même. En ce sens, l'homéopathie consiste à stimuler le système immunitaire en le confrontant à des quantités très diluées de substances qui provoquent des symptômes, pour mieux les combattre ensuite.

Acupuncture

L'acupuncture fait partie de la médecine traditionnelle chinoise. Cet art thérapeutique associe les symptômes d'une maladie à un dérèglement de la circulation de l'énergie vitale dans l'organisme. Cette discipline consiste à introduire de fines aiguilles sur différents « points d'acupuncture » de la surface du corps pour stimuler l'énergie vitale.

Pédicurie-podologie

La Pédicurie s'intéresse à l'hygiène du pied. Elle traite principalement les troubles épidermiques ou de l'ongle. La podologie étudie les déformations du pied, les pathologies, et troubles posturaux notamment.

Diététique

Le métier de diététicien consiste à former et à éduquer ses patients en matière de nutrition et de bonnes habitudes à acquérir. Il met en place des programmes alimentaires adaptés aux besoins de chaque patient et veille à ce qu'ils adoptent un régime sain et équilibré.

Nutrition

La nutrition est l'étude des maladies liées au métabolisme et ayant une répercussion sur l'alimentation (troubles alimentaires comme l'hyperphagie ou anorexie, et maladies comme le diabète l'obésité notamment) et l'accompagnement vers l'adoption de nouvelle habitudes alimentaires tenant compte de ces facteurs.

Psychologie

La psychologie est une discipline vaste aux nombreuses spécialisations. Elle consiste en l'étude de l'humain : analyse et compréhension du langage, du comportement, du raisonnement notamment. Mettant du sens dans le verbal et non verbal, le conscient et l'inconscient, le psychologue procède par échanges (entretiens) pour comprendre et accompagner son patient.

La prise en en charge de ces spécialités s'effectue sur présentation de la facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien.

Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI (Automatisation Des Listes) ou FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux). C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage de son titre.

Autres

La prise en charge des spécialités définies ci-dessous ne s'applique que pour l'enfant à charge tel que défini au régime.

Ergothérapie

L'ergothérapie rééduque le geste grâce à l'activité physique et manuelle, pour permettre à l'enfant de gagner en autonomie et de se relaxer.

Psychomotricité

Le travail de psychomotricité envisage les troubles de la motricité dans leur rapport avec le mental. Il aide l'enfant à prendre conscience de son propre corps (représentation du schéma corporel), et à se repérer dans l'espace.

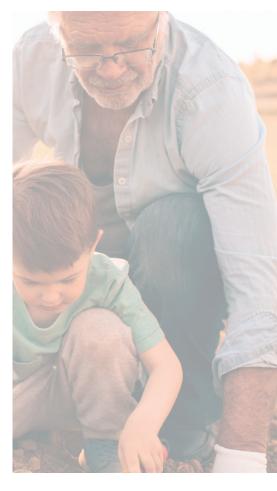
Rééducation orthoptique

Elle corrige la vision et la motricité de l'œil (mobilité de droite à gauche et de haut en bas).

Psychologie et pédopsychiatrie

Le psychologue et le pédopsychiatre (spécialiste des troubles mentaux des jeunes) traite les éventuels troubles psycho-affectifs associés à ceux du langage.

La prise en en charge de ces spécialités s'effectue sur présentation de la facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien.



Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI (Automatisation Des Listes) ou FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux). C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage de son titre.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (ont été créés par la convention nationale médicale, entre la Sécurité sociale, les syndicats de médecins libéraux et l'organisme représentant les « complémentaires santé ». En adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, les médecins prennent des engagements quant à leur pratique de dépassements d'honoraires, en contrepartie d'avantages pour eux-mêmes, mais aussi pour leurs patients qui bénéficient dans ce cas d'un meilleur tarif de remboursement de l'Assurance maladie.

NB : L'organisme assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce justificative nécessaire au règlement de la prestation.

TERRITORIALITÉ

Les garanties ne vous sont acquises que si vous exercez votre activité sur le territoire français. Les garanties de frais de santé souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier si votre séjour à l'étranger n'excède pas trois mois et si vous êtes détaché par l'employeur au sein de l'Union Européenne, sous réserve que vous bénéficiez du régime général de la Sécurité sociale. Les prestations de votre organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale française et sont payées en euros.



TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIO	REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés			
HOSPITALISATION				
Hospitalisation médicale, chirurgicale et materr	nité			
Honoraires				
	Médecins signataires DPTM	400 % de la BR		
Actes et soins	Médecins non signataires DPTM	200% de la BR		
orfait sur les actes dits «lourds»		100% des Frais réels		
Frais de séjour	400% de la BR			
Forfait journalier hospitalier(1)	100% des Frais réels			
Chambre particulière (y compris ambulatoire)	50 € / jour (limité à 100 jours par année civile)			
Frais d'accompagnement de l'enfant à charge, inse 16° anniversaire)	50 € / jour			
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations et visites - Médecins généralistes	Médecins signataires DPTM	200% de la BR		
oonsultations et visites - ivieuecins generalistes	Médecins non signataires DPTM	180 % de la BR		
Consultations et visites - Médecins spécialistes	Médecins signataires DPTM	300 % de la BR		
Consultations et visites - ivieuecins specialistes	Médecins non signataires DPTM	200% de la BR		
Actos d'imagorio	Médecins signataires DPTM	150 % de la BR		
Actes d'imagerie	Médecins non signataires DPTM	130 % de la BR		
Actos tochniques médicaux et de chirurais	Médecins signataires DPTM	300 % de la BR		
Actes techniques médicaux et de chirurgie	Médecins non signataires DPTM	200% de la BR		
Honoraires paramédicaux		400 07 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
Auxiliaires médicaux		100 % de la BR		
Analyses et examens de laboratoire		400 07 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
Analyses et examens de biologie médicale		100 % de la BR		
Médicaments				
Médicaments à Service Médical Rendu important		100 % de la BR		
Médicaments à Service Médical Rendu modéré		100 % de la BR		
Médicaments à Service Médical Rendu faible	50 % de la BR			
Contraception prescrite non remboursée par l'AMC)	220 € / bénéficiaire / année civile		
Matériel médical				
Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages (hors auditives, dentaires et optique)	400 % de la BR			
Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages (hors auditives, dentaires et optique)	165€ / bénéficiaire / année civile			
Transport sanitaire		100 % de la BR		
Forfait sur les actes dits «lourds»		100% des Frais réels		
DENTAIRE				
Soins				
Actes et consultations	100 % de la BR			
Orthodontie remboursée par l'AMO Soins et prothèses 100% santé		350 % de la BR		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que	Frais réels dans le respect des HLF			
Prothèses hors 100% santé				
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que	définis réglementairement			
Panier à honoraires maitrisés				
inlays onlays et autres prothèses		450 % de la BR dans le respect des HLF		
Panier à honoraires libres		·		
inlays onlays et autres prothèses		450 % de la BR		
Actes non remboursés par l'AMO				
Parodontologie		200€ / bénéficiaire / année civile		
Prothèses	322,50€ / prothèse			
Implant (hors pilier)	650€ / implant			
Orthodontie		200 % de la BR reconstituée		

PRESTATIONS

REMBOURSEMENT TOTAL
Assurance Maladie Obligatoire
+ Assurance Maladie Complémentaire
dans la limite des frais engagés

OPTIQUE

Équipement optique

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale).

1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Voir les conditions de renouvellement détaillées ci-dessous.

Équipements 100% santé			
Classe A			
Verres et/ou monture, tels que définis réglementairement ⁽²⁾			
- Monture	Frais réels dans la limite des PLV		
- Verres (tous types de correction)	Frais réels dans la limite des PLV		
Prestations d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différent	Frais réels dans la limite des PLV		
Supplément pour verres avec filtres	Frais réels dans la limite des PLV		
Équipements hors 100% santé	Voir grille optique		
Classe B - Tarifs libres			
Verres et/ou monture ⁽²⁾			
- Monture	100 €		
- Verres Adulte et Enfant de 16 ans et plus	Montants indiqués dans la grille optique ci-après		
- Verres Adulte et Enfant de moins de 16 ans	en fonction du type de verres		
Supplément pour verres avec filtres	100% de la BR		
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% de la BR		
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% de la BR		
Autres dispositifs médicaux d'optique			
- Lentilles remboursées par l'AMO	300 € / bénéficiaire / année civile		
	(au minimum 100% de la BR pour les lentilles remboursées par l'AMO)		
- Lentilles prescrites non remboursées par l'AMO	remboursées par l'AMO)		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su	500 € / œil / bénéficiaire sivant la date de délivrance de l'aide auditive		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1ºº	500 € / œil / bénéficiaire livant la date de délivrance de l'aide auditive / janvier 2021.		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des comptes de la compte	500 € / œil / bénéficiaire iivant la date de délivrance de l'aide auditive r janvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des l'Aides auditives classe I et classe II	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive r' janvier 2021. conditions requises)(3) 100% de la BR + 1100 € par oreille		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des dides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations ⁽⁴⁾	500 € / œil / bénéficiaire iivant la date de délivrance de l'aide auditive r janvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des l'Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (4) Aide auditive à compter du 01/01/2021	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive r' janvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾ 100% de la BR + 1100 € par oreille		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des Caides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive r' janvier 2021. conditions requises)(3) 100% de la BR + 1100 € par oreille		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1et Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations ⁽⁴⁾ Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive r' janvier 2021. conditions requises)(3) 100% de la BR + 1100 € par oreille		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1et Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations(4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive r' janvier 2021. conditions requises)(3) 100% de la BR + 1100 € par oreille		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations(4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive l' janvier 2021. conditions requises)(3) 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive r janvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾ 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1et Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations(4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20° anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20° anniversaire	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive r janvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾ 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1et Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive r janvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾ 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1et Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations(4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Équipements tels que définis réglementairement	500 € / œil / bénéficiaire vivant la date de délivrance de l'aide auditive r janvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾ 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des l'Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations(4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)	500 € / œil / bénéficiaire itivant la date de délivrance de l'aide auditive ('janvier 2021. conditions requises)(3) 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR Frais réels dans la limite des PLV Frais réels dans la limite des PLV		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1et Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des l'Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations(4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire	sivant la date de délivrance de l'aide auditive r janvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾ 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR Frais réels dans la limite des PLV Frais réels dans la limite des PLV		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1et Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des l'Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire	sivant la date de délivrance de l'aide auditive l'ainvier 2021. conditions requises)(3) 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR Frais réels dans la limite des PLV Frais réels dans la limite des PLV 1 700 € 1 500 €		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1et Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des l'Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20° anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20° anniversaire Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20° anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction) - Aides auditives jusqu'au 20° anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20° anniversaire Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (4) CURE THERMALE (5)	sivant la date de délivrance de l'aide auditive l'janvier 2021. conditions requises)(3) 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR Frais réels dans la limite des PLV Frais réels dans la limite des PLV 1 700 € 1 500 €		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des l'Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (d) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (4) CURE THERMALE (6) Soins, transport, hébergement	sivant la date de délivrance de l'aide auditive rijanvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾ 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR Frais réels dans la limite des PLV Frais réels dans la limite des PLV 1 700 € 1 500 € 100% de la BR		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des l'Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations(4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire piles et autres consommables ou accessoires, réparations(4) CURE THERMALE(5) Soins, transport, hébergement Pour les personnes de moins de 16 ans	sivant la date de délivrance de l'aide auditive r'janvier 2021. conditions requises) ⁽³⁾ 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR Frais réels dans la limite des PLV Frais réels dans la limite des PLV 1 700 € 1 500 € 100% de la BR		
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans su précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1et Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des Aides auditives classe I et classe II Piles et autres consommables ou accessoires, réparations(4) Aide auditive à compter du 01/01/2021 Équipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) - Aides auditives au-delà de leur 20e anniversaire Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Équipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comparation des auditives jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteint	sivant la date de délivrance de l'aide auditive l'ainvier 2021. conditions requises)(3) 100% de la BR + 1100 € par oreille 100% de la BR Frais réels dans la limite des PLV Frais réels dans la limite des PLV 1 700 € 1 500 €		

PRESTATIONS

REMBOURSEMENT TOTAL
Assurance Maladie Obligatoire
+ Assurance Maladie Complémentaire
dans la limite des frais engagés

MÉDECINE DOUCE

Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Pédicure-Podologue, Diététicien, Nutritionniste, Chiropracteur

60% des Frais réels limités à 50€ / année civile / bénéficiaire

AUTRES (uniquement pour les enfants à charge jusqu'au 27° anniversaire tels que définis au régime)

Psychomotricien, Ergothérapeute, Psychologue, Pédopsychiatre, Orthoptiste

60% des Frais réels limités à 200€ / année civile / bénéficiaire

Abréviations :

AMO: Assurance Maladie Obligatoire

BR: Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM: Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée

Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé

RSS : Remboursement Sécurité Sociale HLF : Honoraire Limite de facturation

PLV: Prix Limite de Vente

- (1) sans limitation de durée (pour le forfait journalier le montant fixé par arrêté ministériel est au 01/01/2018 de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie)
- (2) Conditions de renouvellement pour un équipement optique
 - ✓ La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.
 - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
 - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
 - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

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

- ✔ Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- ✓ La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
 - Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
 - Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

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.

(3) Conditions de renouvellement anticipé pour une aide auditive

Un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- 🗸 période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),
- ✓ renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.
- (4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018
- (5) Cure thermale : y compris le transport et l'hébergement non remboursés par l'AMO

GRILLE OPTIQUE

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	AVEC/SANS CYLINDRE	SPH = SPHÈRE CYL = CYLINDRE (+) S = SPH + CYL	BASE DE REMBOURSEMENT MONTANT EN € PAR VERRE (RSS inclus)		CLASSE DE VERRE
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de - de 16 ans	selon le décret du 11 janvier 2019
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6	160 €	160 €	Verre simple
		SPH < à - 6 ou > à + 6	300 €	300 €	Verre complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ à + 4	160 €	160 €	Verre simple
		SPH > à 0 et S ≤ à + 6	160 €	160 €	Verre simple
		SPH > à 0 et S > à + 6	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH < à - 6 et CYL ≥ à + 0,25	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	300 €	300 €	Verre complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH < à - 4 ou > à + 4	350 €	315 €	Verre très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ à + 4	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH > à 0 et S ≤ à + 8	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	350 €	315 €	Verre très complexe
		SPH > à 0 et S > à + 8	350 €	315 €	Verre très complexe
		SPH < à - 8 et CYL ≥ à + 0,25	350 €	315 €	Verre très complexe

HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ



La Commission Paritaire de Pilotage a pour mission de définir les actions relevant du haut degré de solidarité, conformément à l'article 16 de l'avenant du 28 juin 2016 à l'accord collectif.

Il est notamment institué un fonds de solidarité des régimes des salariés et des anciens salariés destiné au financement des actions relevant du haut degré de solidarité.

Gestion du fonds de solidarité

Le fonds de solidarité est géré sous le contrôle de la Commission Paritaire de Pilotage qui :

- établit le règlement du fonds de solidarité : conditions dans lesquelles des aides exceptionnelles peuvent être versées : types de dépenses susceptibles d'être prises en charge dans ce cadre et conditions de ressources pour les bénéficiaires,
- organise la gestion et notamment attribue les aides exceptionnelles après instruction des dossiers, dans la limite des ressources disponibles.

Pour bénéficier de ce fonds de solidarité, vous devez constituer un dossier à retirer auprès de votre organisme assureur qui le transmettra pour décision une fois que celui-ci sera complet (cet imprimé est également disponible auprès de votre responsable des ressources humaines et sur le site de l'UCANSS).

Les décisions d'attribution sont prises par une Commission issue de la Commission Paritaire de Pilotage (CPP).



COTISATIONS

ASSIETTE DE COTISATIONS

La cotisation annuelle obligatoire est déterminée en fonction de la composition familiale suivant deux types de cotisation :

Cotisation « isolé »:

- pour les salariés justifiant ne pas avoir d'ayant droit obligatoire au sens de la définition fixée au paragraphe « Définition des ayants droit obligatoires », page 6;
- pour les salariés dont les ayants droit à titre obligatoire ont été dispensés d'adhésion.

Cotisation « famille »:

- ✓ pour les salariés ayant déclaré des ayants droit à titre obligatoire ;
- pour les couples travaillant dans le même organisme qui en font la demande (cf. paragraphe « Disposition particulières pour les couples travaillant dans le même organisme » page 8).

Pour l'adhésion à titre obligatoire, le taux de cotisation s'applique sur une base constituée :

- ✓ pour une part : du plafond annuel de sécurité sociale (PASS) en vigueur ;
- pour autre part : du salaire brut d'activité soumis à cotisation sociales, limité au PASS en vigueur (salaire Tranche A).

La cotisation obligatoire donne lieu à une participation par votre employeur.

Les salariés relevant du régime Alsace-Moselle bénéficient de taux de cotisation minorés.

Pour les salariés reconnus en invalidité dont le contrat de travail est suspendu, l'assiette de la cotisation « isolé » ou « famille » est minorée de 25%.

Les majorations et éléments de salaire spécifiques aux salariés travaillant dans les organismes des départements d'outre-mer ne doivent pas avoir pour effet de majorer le montant de la cotisation.

Pour les ayants droits facultatifs : une cotisation par ayant droit

Pour l'adhésion à titre facultatif, la cotisation est exprimée en pourcentage du plafond annuel de sécurité sociale. Elle ne donne pas lieu à participation de l'employeur.

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Adhésion à titre obligatoire

La part de cotisation du salarié est précomptée directement par l'employeur sur le bulletin de salaire.

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, la part de cotisation continue à être prélevée par l'employeur.

Adhésion à titre facultatif

La cotisation additionnelle par ayant droit couvert à titre facultatif est prélevée mensuellement directement sur le bulletin de salaire.

Pour les autres cas d'adhésion facultative prévus par le présent régime, la cotisation est prélevée par l'organisme assureur sur le compte bancaire, pour l'assuré et ses ayants droit.

ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations et les contributions éventuelles évolueront conformément aux dispositions du protocole d'accord du 12 août 2008 et de ses éventuels avenants.

DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ASSURÉ (EN L'ABSENCE DE PRÉCOMPTE PAR LE SOUSCRIPTEUR)

A défaut du paiement par l'Assuré des cotisations dues au titre d'une adhésion facultative, dans le mois qui suit leur échéance, les garanties sont suspendues, quarante jours après l'envoi par l'organisme assureur d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Elle informe l'Assuré qu'à l'expiration du délai de quarante jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion et donc la cessation de la garantie pour les personnes ainsi couvertes à titre facultatif.



DISPOSITIONS GÉNÉRALES



PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'application des dispositions de l'adhésion au présent régime 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 assureur en a eu connaissance.

Quand l'action du salarié ou de ses ayants droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le salarié ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par l'organisme assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur ou au salarié ou l'ayant droit en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le salarié ou l'ayant droit à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

DÉCHÉANCE

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'affilié, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; l'annulation des droits aux prestations peut être alors prononcée, sans préjudice des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

SUBROGATION

Lorsque l'Assuré ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.



RECOURS / MÉDIATION

Les modalités de réclamation et de recours à la médiation en lien avec l'application du présent régime, sont précisées en annexe 2 de la présente notice d'information.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous reconnaissez être informé par l'organisme assureur, en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email ou par courrier aux adresses précisées en annexe de la présente notice d'information.

- 1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :
 - ✓ la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'organisme assureur ; et ce y compris, en sa qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion, le cas échéant, du risque d'assurance complémentaire santé (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014, dit « Pack Assurance »);
 - ✓ la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré;
 - ✓ la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou ses partenaires;
 - ✓ l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - ✓ l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
 - l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement;
 - l'exécution des dispositions légales, règlementaires et administratives en vigueur; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme;
 - la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'assureur ou ses partenaires.



L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré à d'autres fins que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Le traitement pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de l'organisme assureur en charge des traitements relatifs à ces données ainsi que, le cas échéant, ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et l'Adhérent.

Les données de santé de l'assuré sont destinées aux seuls services en charge des traitements relatifs à ces données au sein l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité de ces services et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Si des données à caractère personnel de l'assuré venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne : l'assureur s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

L'organisme assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance et de la relation clients avec l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'assureur et des prescriptions légales applicables.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent :

- 1. à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et,
- 2. à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées pour des statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la règlementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. En cas de prospection commerciale par voie postale : sauf opposition écrite de la part de l'assuré, ses informations peuvent être communiquées, le cas échéant, aux filiales et partenaires de l'organisme assureur, à des fins de prospection commerciale/prospection de leurs offres de produits et services.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, sur simple demande écrite (par email à ou par courrier) aux adresses précisées en annexe de la présente notice d'information.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet https://www.cnil.fr/fr/agir ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

En cas de prospection commerciale par téléphone : l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.



ORGANISME DE CONTRÔLE

L'organisme chargé du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest – CS92459 - 75436 Paris cedex 09.

LEXIQUE

Dossier médical partagé

Il contient des informations sur la santé du patient (allergies, résultats d'examens, traitements en cours...).

Mis à jour par le médecin traitant et chaque professionnel de santé, ce dossier est informatisé dans le strict respect du secret médical.

Forfait de 1 euro

Participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie 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 6e mois de grossesse,
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'ACS ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

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

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Forfait « actes lourds »

Participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008.

Son montant est de :

- 0,50 euro par boîte de médicaments ;
- 0,50 euro par acte paramédical;
- 2 euros par transport sanitaire.



La franchise est plafonnée à 50 euros 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 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.



Médecin traitant

Médecin chargé de la prise en charge du patient ou de son orientation vers un confrère (médecin correspondant) pour un avis ponctuel ou un suivi régulier. C'est dans la grande majorité un généraliste, mais il peut s'agir également d'un spécialiste. Le choix du médecin traitant doit avoir été déclaré à l'organisme d'Assurance maladie.

Médecin correspondant

Généraliste ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant.

- Avis ponctuel: avis « d'expert » qui ne prescrit pas de traitement (une visite au maximum tous les six mois).
- Suivi régulier : prend en charge le traitement du patient jusqu'à guérison de la pathologie spécifique pour laquelle le patient lui a été adressé par le médecin traitant.

Option de coordination

Engagement d'un médecin généraliste ou spécialiste exerçant en secteur 2, à réaliser au moins 30 % de ses honoraires sur la base des tarifs conventionnels du secteur 1 pour les patients adressés par leur médecin traitant.

Parcours coordonné

Mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant pour tout problème de santé. C'est lui qui conseille à son patient d'aller, si nécessaire, consulter un médecin spécialiste, en libéral ou à l'hôpital.

Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est pas prise en charge, ni par la Sécurité sociale, ni par sa complémentaire santé. Il peut s'agir notamment des dépassements d'honoraires.

Spécialistes en accès direct

Il n'est pas obligatoire de passer par son médecin traitant pour consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou encore un psychiatre (de 16 à 25 ans pour la psychiatrie). Les dentistes sont aussi en accès direct, car ils ne sont pas concernés par le système du parcours coordonné.



Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient, au moins par l'affichage de ses tarifs en salle d'attente.

Médecin conventionné Secteur 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » et il applique un tarif fixe (exemple : 23 euros chez le généraliste). Un spécialiste en secteur 1 peut toutefois pratiquer des majorations tarifaires hors parcours de soins.

Médecin conventionné Secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné honoraires libres » et fixe luimême ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base du secteur 1.

Médecin non conventionné

Certains médecins n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale et pratiquent des honoraires non encadrés. La Sécurité sociale calcule alors son remboursement sur la base d'un tarif de responsabilité spécifique, le Tarif d'Autorité (TA).

PMSS

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale correspond au salaire de référence fixé chaque année par la Sécurité sociale. Il est revalorisé chaque année et peut être consulté sur le portail de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr

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 d'un euro 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, invalidité etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement.

ANNEXES

ANNEXE 1 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR LORS DE L'ADHÉSION

Pièces justificatives à fournir lors de l'adhésion (photocopies)

Assuré

- Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par votre caisse d'Assurance maladie
- ✓ Relevé d'identité bancaire

Conjoint

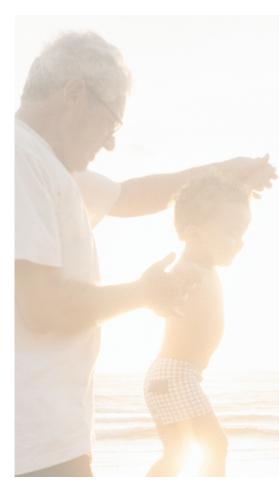
- ✓ Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
- Pour l'adhésion du conjoint à charge : Attestation sur l'honneur de l'assuré certifiant que son conjoint ne perçoit pas de revenu au titre d'une activité professionnelle ou de remplacement (chômage, retraite etc) ou de revenu supérieur à 10% du PASS

Concubin

- Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture et attestation sur l'honneur
- Attestation d'immatriculation Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
- Pour l'adhésion du concubin à charge : Attestation sur l'honneur de l'assuré certifiant que son conjoint ne perçoit pas de revenu au titre d'une activité professionnelle ou de remplacement (chômage, retraite etc) ou de revenu supérieur à 10% du PASS

Partenaire de PACS (Pacte Civil de Solidarité)

- ✓ Contrat de PACS
- Attestation papier d'immatriculation Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
- Pour l'adhésion du partenaire à charge : Attestation sur l'honneur de l'assuré certifiant que son conjoint ne perçoit pas de revenu au titre d'une activité professionnelle ou de remplacement (chômage, retraite etc) ou de revenu supérieur à 10% du PASS





Enfant à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale

 Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, justifiant de la qualité d'ayant droit de l'enfant

Enfants jusqu'à son 27^e anniversaire, qui poursuit ses études à temps plein

- ✓ Certificat de scolarité fourni annuellement
- ✓ Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale du régime étudiant

Enfants jusqu'à son 27° anniversaire, en contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou stagiaire et percevant une rémunération inférieure à 80% du SMIC brut

- Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou convention de stage
- Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale de l'enfant
- ✓ Attestation fiscale ou à défaut le dernier bulletin de salaire

Enfants jusqu'à son 27° anniversaire demandeurs d'emploi inscrits et non indemnisés par Pôle emploi

- Attestation d'inscription à Pôle emploi
- Justificatif de non indemnisation
- ✓ Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale

Enfants jusqu'à son 27° anniversaire résidant au domicile de ses parents et ne percevant pas des revenus professionnels ou de remplacement supérieurs à 10% du PASS

✓ Attestation sur l'honneur

Enfant handicapé (sans limite d'âge) ne percevant pas de revenus mensuels supérieurs à 80% du SMIC brut

- Attestation sur l'honneur
- ✓ Justificatif de la MDPH (Maison Départementale des personnes handicapées)

Certaines pièces justificatives ont une durée de validité de un an. Chaque année votre organisme assureur vous demandera de lui transmettre les justificatifs afin de prolonger les droits de vos enfants à charge.

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

POURSUITE D'ÉTUDES À TEMPS À PLEIN Sont concernés les enfants inscrits dans un établissement d'études secondaires, universitaire ou une faculté, dans un IUT ou un établissement habilité à délivrer un BTS, en classe préparatoire POURSUITE D'ÉTUDES À TEMPS PARTIEL Sont concernés les enfants qui poursuivent des études en contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation) de stage (y compris les enseignants stagiaires) et dont les

SMIC brut

ressources sont inférieures à 80% du

aux Grandes Ecoles, dans une école supérieure publique ou privée (sous

contrat avec l'Education Nationale)

ANNEXE 2 - RECOURS / MÉDIATION

Toutes contestations ou réclamations relatives au versement des prestations ou à l'application des dispositions du présent régime doivent être adressées par écrit au siège social de l'Organisme assureur. Elles feront l'objet d'une réponse circonstanciée.

Pour les mutuelles ayant désigné un médiateur :

En cas de désaccord avec l'organisme assureur, l'Assuré et ses ayants droit peuvent avoir recours à la procédure gracieuse de médiation. Cette procédure est accessible gratuitement dans le cadre de situations litigieuses non résolues et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations. A cet effet, l'Assuré ou son ayant droit peuvent prendre contact avec Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française qui peut être saisi :

- ✓ Soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15
- ✓ Soit via l'adresse mail : mediation@mutualite.fr
- Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : https://www.mediateur-mutualite.fr



ANNEXE 3 – ORGANISMES ASSUREURS

Pour toute information, contactez le site de gestion de votre mutuelle.

MUTUELLES GESTIONNAIRES	MUTUELLES ASSUREURS Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
ADREA Mutuelle Service UCANSS 67, rue des Cras - CS 81625 25041 Besançon cedex Tél : 09 70 400 960	ADREA Mutuelle SIREN n° : 311 799 878 Siège social : 25, place de la Madeleine 75008 Paris
La Solidarité Mutualiste Section Guadeloupe 50, rue Schoelcher 97110 Pointe-à-Pitre Tél: 05 90 21 25 79	
La Solidarité Mutualiste Section SPM Galerie Albert Briand 97500 Saint-Pierre et Miquelon Tél : 05 08 41 28 45	
APREVA Mutuelle Service UCANSS 2, rue des Cannoniers – BP 70299 59306 Valenciennes Cedex Tél.: 0800 97 13 67 (Numéro vert gratuit)	APREVA Mutuelle SIREN n°: 775 627 391 Siège social: 30, avenue Denis Cordonnier - BP 1173 59012 Lille Cedex
Eovi MCD mutuelle TSA 4128 53102 Mayenne Cedex Tél.: 09 69 32 22 64	EOVI MCD Mutuelle SIREN n° : 317 442 176 Siège social : 173, rue de Bercy - CS 31802 75584 Paris cedex 12
Harmonie Mutuelle TSA 50001 54931 Nancy Cedex 9 Tél. : 09 80 98 00 19	Harmonie Mutuelle SIREN n° : 538 518 473 Siège social : 143, rue Blomet 75015 Paris
SOMUPOS (Solimut Mutuelle Personnels Organismes Sociaux) Agence de Marseille: 134, avenue de Toulon - 13010 Marseille Tél.: 04 91 23 41 58 Agence de Nice: 9, rue Alfred Mortier - 06000 Nice Tél.: 04 93 62 51 93 Agence Paris (Section CNAV): 110 avenue de Flandre - 75019 Paris Tél: 01 55 45 52 47	SOMUPOS substituée par Solimut Mutuelle de France SIREN n°: 383 143 617 Siège social: 134, avenue de Toulon 13010 Marseille
Mutuelle MOS 8, rond-point de la Nation Immeuble Apogée B – CS 76714 21067 Dijon Cedex Tél.: 0980 98 00 19	Mutuelle MOS SIREN n°: 778 213 678 Siège social: 8, rond-point de la Nation Immeuble Apogée B - CS 76714 21067 Dijon Cedex

MUTUELLES GESTIONNAIRES	MUTUELLES ASSUREURS Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
MPOS Saint-Brieuc	MPOS Saint-Brieuc
32, rue du 71° RI	SIREN n°: 325 664 506
22000 Saint-Brieuc	Siège social : 32, rue du 71e RI
Tél.: 02 96 61 92 78	22000 Saint-Brieuc
Mutuelle des Pays de Vilaine	Mutuelle des Pays de Vilaine
6, rue de l'Alma	SIREN n°: 380 155 929
35000 Rennes	Siège social : 13, rue des Douves
Tél. : 02 99 54 43 31	BP 90646 - 35600 Redon Cedex
MPOSS Midi-Pyrénées	MPOSS Midi-Pyrénées
174, avenue des Minimes	SIREN n°: 776 950 602
31200 Toulouse	Siège social : 174, avenue des Minimes
Tél. : 05 61 52 62 50	31200 Toulouse
Mutest	Mutest
11, boulevard du Président Wilson - CS 60019	SIREN n°: 775 641 681
67082 Strasbourg Cedex	Siège social : 11, boulevard du Président Wilson
Tél.: 0969 32 67 68	CS 60019 - 67082 Strasbourg Cedex
Mutuelle 403	
Agence d'Angoulême :	
16, rue René Goscinny CS 20000	Mutuelle 403
16013 Angoulême Cedex	SIREN n°: 781 166 210
Tél.: 05 45 20 07 84	Siège social : 16, rue René Goscinny
Agence de Niort :	16013 Angoulême Cedex
24, rue Alsace Lorraine - 79000 Niort	
Tél.: 05 49 77 34 81	
Mutuelle CPAMIF	Mutuelle CPAMIF
44, rue Saint Antoine	SIREN n° : 784 394 363
75004 Paris	Siège social : 44, rue Saint Antoine
Tél.: 01 49 96 43 43	75004 Paris
Mutuelle Ociane Matmut	Mutuelle Ociane Matmut
35 rue Claude Bonnier	SIREN n° : 434 243 085
33054 Bordeaux Cedex	Siège social : 35 rue Claude Bonnier
Tél.: 05 56 01 57 57	33054 Bordeaux Cedex
SMIE Mutuelle	SMIE Mutuelle
67, rue Anita Conti	SIREN n° : 407 879 709
Parc Activité Laroiseau II	Siège social : 67, rue Anita Conti
56000 Vannes	Parc Activité Laroiseau II
Tél. : 02 97 01 49 38	56000 Vannes



ANNEXE 4 – SERVICES ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Services

Le réseau optique KALIXIA

Comment choisir mon opticien?

Kalixia optique est un réseau de 5000 opticiens partenaires (1er réseau en France) sélectionnés sur la base de critères de qualité exigeants. Des opticiens, dont les grandes enseignes nationales, répartis sur l'ensemble du territoire, qui vous proposent des réductions tarifaires sur toutes les gammes de verres et lentilles de dernière génération disponibles sur le marché.

- ✔ Pas d'avance d'argent : pensez à présenter votre carte de tiers payant pour bénéficier de ces avantages.
- ▼ Totale liberté de choix de verres et de lentilles parmi les grandes marques.
- ✓ Suivi haut de gamme : entretien, remplacement en cas de casse ou d'inadaptation aux verres progressifs ou aux lentilles, contrôle régulier de l'évolution de votre vision...

Le réseau audio KALIXIA

Comment choisir mon audio prothésiste?

Kalixia Audio est un réseau de plus de 3 100 audioprothésistes agréés, à votre service dans toute la France.

Engagés contractuellement par une Charte Qualité, ils vous garantissent un service personnalisé et des aides auditives de qualité à des tarifs très compétitifs.

- ✔ Pas d'avance d'argent : pensez à présenter votre carte de tiers payant.
- ▼ Totale liberté de choix parmi les équipements auditifs proposés par l'audioprothésiste partenaire.
- ✓ Suivi personnalisé et régulier lors de la période d'essai et d'adaptation, et pendant toute la durée de vie de l'appareil.

Des praticiens facilement géolocalisables à partir de votre espace personnel sur l'extranet :

https://securitesociale.mamutuellecomplementaire.com

Vos remboursements en ligne

Comment consulter et suivre tous vos remboursements en temps réel?

Vous pouvez le faire en ligne via le site sécurisé qui vous est réservé : https://securitesociale.mamutuellecomplementaire.fr

Pour cela il vous faut créer un compte en suivant les 4 étapes suivantes :

- 1. munissez-vous de votre carte de Tiers Payant en vigueur ;
- 2. renseignez votre nouveau numéro d'adhérent ;
- **3.** renseignez le nom, prénom et date de naissance de la personne notifiée comme adhérent sur votre carte de Tiers Payant ;
- **4.** définissez vos identifiants : votre email et un mot de passe composé de 6 à 10 chiffres.

Une fois ces informations validées, vous serez redirigé(e) vers la page de connexion avec un message vous confirmant la création de votre compte. Vous pourrez alors immédiatement vous connecter et profiter des fonctionnalités de votre nouvel espace.

Sur ce site vous avez également accès à :

- ✓ toutes les informations concernant votre garantie frais de santé,
- la notice d'information,
- ✓ l'actualité de la protection sociale,
- ✓ les coordonnées de votre mutuelle,
- ✓ la carte de tiers payant avec possibilité d'édition.

Garanties complémentaires

Assistance

Afin de vous accompagner dans la durée lors d'une situation difficile, nous avons mis en place un service d'assistance.

L'ensemble des services proposés vous sont présentés dans la notice d'information qui vous a été remise.

Ce service est accessible 7 jours sur 7 et 24 H / 24H au : 05 49 76 66 94



