

CONDITIONS GÉNÉRALES

RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTE

santé

Convention collective nationale
des établissements privés d'hospitalisation, de
soins, de cure et de garde à but non lucratif
du 31 octobre 1951 – IDCC n° 29

Janvier 2016



Comme vous !



malakoff médéric



SOMMAIRE

Préambule	3
Titre I. Dispositions Communes	4
Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat	4
Chapitre II. Membre participant	6
Chapitre III. Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties	7
Chapitre IV. Obligations des parties	10
Chapitre V. Cotisations	11
Chapitre VI. Sauvegarde, résiliation et contrôle	13
Chapitre VII. Autres dispositions	14
 Titre II. Définition des garanties et prestations « Frais de santé »	 16
Chapitre VIII. Etendue des garanties	16
Chapitre IX. Modalités de calcul des prestations	18
Chapitre X. Modalités de paiement des prestations	22
 Annexe I. Maintien des garanties	 23
A. En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à Indemnisation	23
B. Membres participants privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi	24
 Annexe II. Tableaux des garanties	 27

PREAMBULE

Par avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015, agréé par arrêté du 30 avril 2015 publié au journal officiel le 29 mai 2015 et complété par l'additif à l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015 agréé par arrêté du 31 juillet 2015 publié au journal officiel le 18 août 2015, à la **Convention Collective Nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, relatif à la généralisation de la couverture frais de santé, et conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013**, les partenaires sociaux de la branche ont fait le choix d'instaurer un régime **national obligatoire** de couverture complémentaire des frais de santé au profit de l'ensemble des salariés **ayant une ancienneté au sein de l'entreprise d'au moins trois mois** et inscrit aux effectifs des entreprises relevant du champ d'application de ladite Convention Collective.

Cet accord définit les garanties minimales du régime conventionnel obligatoire (base 1) et quatre niveaux d'options alternatives (base 2, base 2 bis, base 3, base 4).

La mise en place du niveau de garantie obligatoire est déterminée au niveau de l'entreprise. Les salariés y sont alors affiliés à titre obligatoire.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion obligatoirement joints organisent la mise en œuvre de ce Contrat dénommé contrat d'assurance.

TITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES

CHAPITRE I. OBJET, DATE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION DU CONTRAT

ARTICLE 1. OBJET

Le Contrat d'assurance collective à adhésion **obligatoire** est conclu entre :

- d'une part, l'entreprise, adhérente à la FEHAP, dont l'activité relève de la branche des **établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951**, indiquée aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion, et ci-après dénommée « **Entreprise** » ;
- et d'autre part, les « **Organismes assureurs** », suivants :
 - **MUTEX – l'alliance mutualiste** composée de :
 - **MUTUELLE CHORUM**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°784 621 419, Siège social : 56 / 60 rue Nationale – 75013 PARIS substituée intégralement par **MUTEX UNION**, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n°442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex
 - **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°311 799 878, Siège social : 104 avenue Maréchal de Saxe – 69003 LYON
 - **APREVA**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391, Siège social : 20 boulevard Papin – BP 1173 – 59012 LILLE
 - **EOVI MCD**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°317 442 176, Siège social : 44 rue de Copernic – 75016 PARIS
 - **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS
 - **OCIANE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085, Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex
 - **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre de MUTEX – l'alliance mutualiste. Ils confient la coordination du dispositif et l'interlocution à **MUTEX**.

- **APICIL Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE.
- **MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947 - 21, rue Laffitte – 75317 PARIS CEDEX 9

MGEN Filia, mutuelle substituée intégralement pour les garanties relevant des branches 1 (maladie) et 2 (accident) avec MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du

code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 685 399, siège social : 3 Square Max-Hymans _ 75748 PARIS Cedex 15.

L'entreprise choisit l'organisme assureur auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « **l'organisme assureur** », le cas échéant représenté par « **l'organisme gestionnaire** ».

Dès lors que l'entreprise aura choisi librement l'assureur de ses garanties collectives obligatoires, elle devra souscrire auprès du même organisme assureur, le contrat collectif à adhésion facultative et le contrat d'accueil loi Evin.

Ces trois contrats collectifs constituent l'ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé de la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde du 31 octobre 1951.

Les salariés ainsi affiliés au contrat deviennent soit **participants** de l'Institution soit **membres participants** de la Mutuelle auprès de laquelle ont été souscrits les contrats (ils ne deviennent pas membres de l'ensemble des organismes assureurs). Pour une meilleure lecture, les salariés seront appelés membres participants dans la suite du texte.

Le Contrat a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale en remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, selon le choix de Régime retenu par l'entreprise dans le cadre du régime de Base et/ou du régime de Base et du régime Optionnel, dont les garanties sont définies aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion joints et ce au profit des salariés obligatoirement affiliés au présent contrat.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les membres participants bénéficient du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services proposés par l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés.

En complément, les membres participants pourront bénéficier du Fonds social mis en place par l'avenant n°2015-01.

Les entreprises adhérentes au Contrat et relevant de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 affilient leurs salariés en vue de garantir, lors de la réalisation des risques, le versement des prestations garanties, selon les modalités définies ci-après.

Les résultats de l'ensemble des contrats souscrits par les entreprises de la branche font l'objet d'une mutualisation dans le cadre d'une convention liant les organismes assureurs qui précise les modalités d'établissement des comptes de cette mutualisation.

ARTICLE 2. DATE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION

Le Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre suivant la date de sa souscription.

Il est ensuite reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie selon les modalités définies à l'article 16 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Disposition Spéciale :

En cas de révision de la **Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951, sous réserve de la parution au Journal Officiel de l'agrément de l'avenant de révision** entraînant, une modification du Contrat, notamment des taux de cotisation, celle-ci sera proposée sans délai et formalisée par avenant aux présentes Conditions Générales.

CHAPITRE II. MEMBRE PARTICIPANT

ARTICLE 3. DEFINITION DU MEMBRE PARTICIPANT

Est affilié à titre **obligatoire** au Contrat **l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ayant ancienneté au sein de l'entreprise d'au moins trois mois** et inscrit à l'effectif de l'entreprise à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale.

Toutefois, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au Contrat, selon les modalités prévues dans l'article 2.2 de l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015; ces dispenses d'affiliation sont conformes aux règles d'exonération prévues à l'article L.242 – 1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ainsi qu'à ses obligations légales et conventionnelles.

Dès lors que les conditions ayant justifié les dispenses d'affiliation cessent, ou en l'absence de justificatifs, les salariés concernés devront alors être obligatoirement affiliés au contrat, à compter du premier jour du mois civil suivant la modification de leur situation.

L'entreprise s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs satisfaisant aux conditions précitées.

Les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat conclu par l'entreprise sont affiliés dès lors qu'ils répondent aux conditions définies ci-dessus, sous réserve d'avoir été déclarés auprès de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'embauche.

Au-delà de ce délai, les salariés ne sont affiliés qu'à compter de la date de réception de cette déclaration.

Chaque salarié ou ancien salarié dûment affilié acquiert la qualité de « **Membre participant** » de l'organisme assureur partie aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion joints, dont relève la Personne morale dans laquelle il est salarié.

CHAPITRE III. OUVERTURE, SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 4. OUVERTURE ET SUSPENSION

4.1 Conditions d'ouverture des garanties

Afin de mettre en œuvre les garanties définies aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion joints, l'entreprise doit adresser à l'organisme assureur les pièces suivantes :

Lors de la souscription

- ✓ une liste, indiquant les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile des membres participants, ainsi que la date d'embauche au sein de l'entreprise, ou une photocopie de la DADS ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés visés au contrat
- ✓ une Demande d'Adhésion ou Bulletin d'Adhésion complété, daté et signé par la personne dûment habilitée à représenter l'entreprise.
- ✓ un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié accompagné de toute autre pièce mentionnée dans ce document.

En cours d'exercice

- ✓ Entrée de nouveaux salariés
un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié.
- ✓ Sortie des membres participants
un état mensuel nominatif du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé.

Ces états doivent être transmis dès que possible et au plus tard dans les trois mois suivant l'événement.

4.2 Amélioration des garanties par un régime optionnel

L'adhésion de l'entreprise à un des quatre régimes optionnels s'applique de manière obligatoire à l'ensemble des salariés bénéficiaires.

Le changement du niveau de garanties est possible, à la hausse ou à la baisse, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'une demande écrite auprès de l'organisme assureur au moins deux mois avant l'échéance annuelle.

L'adhésion à un régime optionnel est acquise dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se poursuit annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant l'échéance.

4.3 Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur pour un membre participant :

- ✓ **soit à la prise d'effet du Contrat ou à la date à laquelle il atteint trois mois d'ancienneté, dès lors qu'il est salarié de l'entreprise à la date d'effet du contrat,**
- ✓ **soit à compter de la date à laquelle il répond aux conditions définies au chapitre II des présentes Conditions Générales, lorsqu'il est embauché**

postérieurement à la date d'effet du Contrat, sous réserve d'avoir été déclaré auprès de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'embauche.

Passé ce délai, les garanties ne prendront effet qu'à la date de réception par l'organisme assureur de la déclaration d'adhésion par l'entreprise.

En tout état de cause, seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins est postérieure à la date de prise d'effet du Contrat et au plus tôt, à la date d'affiliation au Contrat du membre participant donnent lieu à prise en charge au titre du Contrat et ce, à hauteur des garanties couvertes.

4.4 Cas de suspensions du contrat de travail

a) En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers], les garanties définies aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion sont maintenues, pendant toute la durée de suspension de son contrat de travail, au bénéfice de cette personne.

Dans ce cas, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.

b) En cas de suspension du contrat de travail du membre participant et ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties du membre participant sont suspendues de plein droit. Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation d'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente, n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération, ni à indemnisation complémentaire de l'employeur financée au moins pour partie par ce dernier.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le membre participant, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le membre participant sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

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

En tout état de cause, les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant la période de suspension des garanties ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du Contrat.

Maintien des garanties à titre facultatif

Les membres participants dont la période de suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée dans les conditions décrites ci-dessus, peuvent toutefois bénéficier, à titre **facultatif**, du maintien des garanties décrites dans le Contrat, dans les conditions définies en Annexe I-A, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

ARTICLE 5. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

5.1 Anciens salariés en application de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989.

En application de l'article 4 de la Loi n°89-1009 du 31/12/1989, lorsqu'un salarié garanti au titre du présent contrat quitte les effectifs du souscripteur suite à la rupture de son contrat de travail, il peut demander à bénéficier à son profit du contrat d'accueil sous réserve qu'il remplisse les conditions énoncées ci-dessous.

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Evin » et le cas échéant, aux personnes garanties du chef du membre participant décédé, au plus tard dans **un délai de deux mois** à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les **deux mois** suivant le décès du salarié à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur dans les meilleurs délais.

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite Loi Evin), peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le Contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- ✓ les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au Contrat en tant qu'actifs, et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant la cessation de leur contrat de travail ;
- ✓ les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le maintien prévu à l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale;
- ✓ les salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties tel que prévu à l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale;
- ✓ les personnes garanties du chef du salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant le décès du salarié.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

L'organisme assureur doit en conséquence être informé du décès ou de la cessation du contrat de travail, par l'employeur, dans les meilleurs délais.

Sous réserve de respecter les délais précités, et du paiement de la cotisation correspondante, les garanties prennent effet au plus tôt à la date de cessation du contrat de travail ou à la fin

de la période de portabilité, ou à la date de décès du salarié pour ses ayants droit et au plus tard le lendemain de la demande.

La cotisation applicable à la convention d'accueil est déterminée en pourcentage de la cotisation totale (part patronale + salariale) acquittée au titre de la précédente affiliation au contrat et dans les limites prévues par la loi n°89-1009 du 31/12/1989 et ses décrets d'application.

Le niveau de couverture maintenue par les organismes assureurs correspond au niveau de couverture obligatoire dont bénéficiait l'ancien salarié dans son entreprise, ou si ce dernier le souhaite, à un des niveaux inférieurs.

5.2 Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi (portabilité)

Les conditions d'application et modalités dans lesquelles ce maintien est organisé et notamment l'articulation avec le dispositif de maintien issu de l'article 4 de la « loi Evin », sont définies en Annexe I-B des présentes conditions générales.

ARTICLE 6. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du Contrat cessent :

- **en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 12 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;**
- **à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant , sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur (sous réserve du bénéfice de l'article 5.1);**
- **à la date de cessation du contrat de travail du membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits telles que prévues à l'article 5.2 ;**
- **et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat.**

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

CHAPITRE IV. OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 7. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

L'affiliation du membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis, via l'entreprise, par l'organisme assureur.

En outre, chaque membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au contrat, de fournir à l'organisme assureur ou gestionnaire toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Le membre participant donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur retenu (procédure Noémie).

Toute modification intervenant dans la situation familiale du membre participant doit être formulée par écrit, en complétant un Bulletin Individuel de Modification, à l'organisme assureur ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

ARTICLE 8. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

Changement d'activité

Dans le cas où l'entreprise change d'activité, ne relève plus de la **Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951**, celle-ci devra le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard **deux mois** après ledit changement. Les organismes assureur se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'article 16 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Information des membres participants

Les organismes assureurs s'engagent à établir une Notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La Notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

L'entreprise est tenue de remettre à chaque membre participant un exemplaire de la Notice d'information établie par l'organisme assureur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, l'entreprise est également tenue de les en informer en leur remettant une Notice dûment actualisée (ou un additif) ainsi qu'un document explicatif sur les modifications apportées à leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la Notice d'information au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'entreprise.

CHAPITRE V. COTISATIONS

ARTICLE 9. ASSIETTE DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

ARTICLE 10. STRUCTURES DE COTISATIONS

La structure de cotisation obligatoire retenue est « **salarié isolé** » : salarié seul, quelle que soit la situation de famille.

ARTICLE 11. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payées trimestriellement à terme échu par l'entreprise directement à l'organisme assureur ou gestionnaire, au plus tard dans les **dix jours** qui suivent la fin du trimestre civil.

Le calcul de chaque versement trimestriel est effectué à partir de l'effectif assuré au cours du trimestre au titre duquel les cotisations sont dues.

Il est précisé que pour les membres participants exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

L'entreprise assure le précompte des cotisations et est **seule responsable du paiement en totalité des cotisations afférentes à leurs salariés, y compris des parts salariales précomptées sur le salaire des membres participants.**

Remarque :

En cas d'affiliation d'un membre participant en cours de mois, conformément aux dispositions du chapitre II, la cotisation correspondante sera due à compter du 1^{er} du mois suivant.

La couverture sera acquise au jour de l'affiliation.

Pour toute radiation d'un membre participant en cours de mois, la cotisation est due pour le mois entier en cours.

ARTICLE 12. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance l'organisme assureur adresse éventuellement une lettre de relance, puis il adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe l'employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

ARTICLE 13. REVISION DES COTISATIONS

Les taux de cotisation mentionnés aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion joints sont maintenus **jusqu'au 31 décembre 2017 sous réserve des dispositions de l'article 15.**

Il est convenu entre les partenaires sociaux et les organismes assureurs recommandés de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre. Si des modifications sont apportées, elles seront formalisées par voie d'avenant à la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 et aux présentes Conditions Générales.

La prise en compte de ces modifications se fera sous réserve de l'agrément de l'avenant modificatif.

ARTICLE 14. REGULARISATION

A partir de l'état nominatif trimestriel ou le cas échéant annuel, des membres participants, l'organisme assureur établit un document d'ajustement du paiement des cotisations qu'il adresse à l'entreprise. Les parties s'engagent à régulariser le compte dans un délai d'un mois à compter de la production du document d'ajustement.

En l'absence de communication de l'état nominatif, l'organisme assureur pourra procéder à toutes régularisations sur la base d'éléments en sa possession. L'entreprise doit mettre à disposition de l'organisme assureur toutes les informations nécessaires pour vérifier l'exactitude de ses déclarations.

CHAPITRE VI. SAUVEGARDE, RESILIATION ET CONTROLE

ARTICLE 15. SAUVEGARDE DU CONTRAT

Les garanties et les cotisations définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature de l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015.

Conformément à l'article 13 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des contributions employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'organisme assureur ne pourront s'en trouver aggravés.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base des présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion joints.

ARTICLE 16. RESILIATION

Le Contrat peut être résilié :

- **à la demande de l'organisme assureur, tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance;**
- **à la demande de l'entreprise, tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance;**
- **à la demande de l'organisme assureur, à l'issue du délai de préavis de deux mois, lorsque l'entreprise ne relève plus de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective (en tout état de cause, le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai d'un an prévu à l'article L 2261-14 du code du travail) ;**

- à la demande de l'organisme assureur en cas de non-acceptation par l'entreprise de la révision prévue à l'article 13 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales ;
- à tout moment à la demande de l'organisme assureur à l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations définie à l'article 12 « Défaut de paiement des cotisations » du Contrat.

La résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire entraîne la résiliation du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'entreprise, ainsi que la fermeture du contrat collectif à adhésion facultative « régime d'accueil » mettant en œuvre le régime frais de soin de santé de la branche.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge.

ARTICLE 17. ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) située au 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

CHAPITRE VII. AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 18. PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au Contrat sont prescrites 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, du fait du membre participant, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant 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 membre participant ou par l'organisme assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'organisme assureur à l'entreprise ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'entreprise ou le membre participant à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 19. DECLARATION ET APPRECIATION DU RISQUE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par le membre participant, servent de base à la garantie. L'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

ARTICLE 20. SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du membre participant victime d'un accident, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

ARTICLE 21. INFORMATIQUE ET LIBERTES

En vertu des dispositions de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, l'entreprise et les membres participants disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives les concernant qui figureront sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs.

Ce droit d'accès et de rectification peut s'exercer en s'adressant au siège de l'organisme assureur dont relève l'entreprise.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations sont nécessaires à la mise en œuvre des garanties auxquelles le membre participant peut prétendre.

Ces informations sont uniquement transmises aux tiers sollicités pour des besoins de gestion de prestations.

ARTICLE 22. RECLAMATION ET LITIGE / MEDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend le membre participant.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées :

➤ **Pour MUTEX** : à la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.

➤ **Pour APICIL Prévoyance**, au service Relations Clients – Groupe APICIL – 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE et CUIRE

➤ **Pour MALAKOFF MEDERIC Prévoyance** : Service Réclamations (Entreprises ou particuliers) - 21 rue Laffitte – 75009 Paris

➤ **Pour MGEN Filia**, à MGEN Filia - Gestion des réclamations – CS 90899 – 34012 Montpellier cedex 01

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées :

- Pour MUTEX, au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.
- Pour APICIL Prévoyance : au médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 Paris.
- Pour MALAKOFF MEDERIC Prévoyance : au médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 Paris.
- Pour MGEN Filia : MGEN – Le médiateur – 3 Square Max Hymans – 75748 Paris Cedex 15

Le médiateur peut être saisi uniquement **après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations** propres à chaque organisme assureur, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisation ou encore les procédures de recouvrement).

TITRE II : DEFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

CHAPITRE VIII. ETENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 23. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

On entend par **frais médico-chirurgicaux** ceux reconnus comme tels par la Sécurité sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement au titre du Contrat, sauf dérogations expressément indiquées dans le tableau des garanties prévu à l'annexe II des présentes Conditions Générales (s'agissant en tout état de cause de spécialités ou actes à caractère thérapeutique, non liés au confort ou à l'esthétique).

ARTICLE 24. DISPOSITIF « CONTRAT RESPONSABLE »

Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

Les prestations complémentaires sont servies dans le respect des dispositions légales et réglementaires du **contrat responsable** prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de **la couverture minimale** prévues aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la sécurité sociale.

24.1. Contrat responsable

Conformément à la réglementation, le présent contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie,

- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.322-8 I du Code de la sécurité sociale,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement (et par exception de 125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) supérieure au ticket modérateur, elle doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que des minima et des maxima énoncés à l'article R.871-2 3 du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur.

24.2. Couverture minimale

Conformément à la réglementation, le présent contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, 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 mentionné à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée,
- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale,
- un forfait minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Les forfaits énoncés au D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale sont fonction de la correction de la vue et versés selon les périodes définies pour le renouvellement des dispositifs.

24.3. Dispositions communes

Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale,**
- **la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,**
- **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 garanties et niveaux de remboursement de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et « les contrats responsables ».

ARTICLE 25. TERRITORIALITE

Les garanties ne sont acquises qu'aux membres participants affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

Les membres participants garantis exercent leur activité dans le champ d'application de la CCN du 31 octobre 1951 : France métropolitaine et départements et régions français d'Outre-Mer.

CHAPITRE IX. MODALITES DE CALCUL DES PRESTATIONS

ARTICLE 26. MONTANTS RETENUS

Prestation exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale

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

Montants des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par les organismes assureurs sont égaux :

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

26.1 Contrat d'accès aux soins

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires du contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par la convention nationale médicale (avenant n° 8).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- elle ne peut excéder ce qui est prévu au contrat ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au dispositif du contrat d'accès aux soins, en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins).

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

26.2 Prise en charge du ticket modérateur

La prise en charge du ticket modérateur se fait sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au contrat.

26.3 Hospitalisation

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

26.3.1 Forfait journalier :

Le contrat prend en charge l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sous réserve des exclusions suivantes :

Sont exclus :

- **les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)**
- **ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.**

26.3.2 Honoraires :

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

26.3.3 Frais de séjour non conventionnés

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés **dans la limite du ticket modérateur, soit 100% de la Base de Remboursement (tarif d'autorité) moins le remboursement de la Sécurité sociale.**

26.3.4 Personne accompagnante – Lit d'accompagnant conventionné

Cette prestation, si elle est prévue au tableau des garanties, comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir.

Elle s'entend par jour **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.**

L'accompagné doit être obligatoirement un ayant droit au sens du présent contrat,

26.4 Optique

Sauf disposition figurant sur le tableau des garanties :

- **les prestations de ce poste s'expriment en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale complété d'un forfait en euros par équipement (monture et verres).**
- **les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire.**

Cette période de 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier équipement. Elle peut donc être différente entre le participant et chacun de ses ayants droit.

Le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an :

- pour les bénéficiaires de moins de 18 ans,
- et quel que soit l'âge du bénéficiaire, en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application des textes réglementaires (nature des produits délivrés et date de cette délivrance).

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Institution de Prévoyance.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable ».

Les montants indiqués s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par des garanties complémentaires souscrites qui interviendraient avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.

- **Les verres dits « simples » ou « à simple foyer »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.
- **Les verres dits « complexes »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
- **Les verres dits « hyper complexes »** correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe
- ou d'un verre simple et d'un verre hyper complexe
- ou d'un verre complexe et d'un verre hyper complexe.

Lentilles

La prestation lentilles est prise en charge dans la **limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire**. Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

Chirurgie réfractive de l'œil

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle s'entend par œil.

Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes chirurgicaux de ce type, dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire.

L'opération de la cataracte ne sera pas prise en compte dans le cadre de la chirurgie réfractive de l'œil mais dans le cadre des actes de chirurgie classique.

26.5 Dentaire

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement, un devis.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Prothèses :

Une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles (dents du sourire). Les dents visibles sont les incisives, les canines et premières prémolaires. Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 et 24 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 (bas).

Les **dents non visibles (dents du fonds de bouche)** telles que les molaires et les deuxièmes prémolaires ne font l'objet d'aucune majoration de remboursement. Il s'agit des dents portant les numéros : 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48 (bas).

26.6 Appareil auditif

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un **forfait annuel en euros supplémentaire par oreille tous les 2 ans.**

Une limite maximum d'un équipement (2 oreilles) est prévue tous les 2 ans, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui peuvent bénéficier d'un autre équipement supplémentaire dans ce délai de 2 ans en cas de modification de leur audition

Maternité

Les frais médico-chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) à l'occasion de la maternité du membre participant, sont pris en charge dans les conditions indiquées dans le tableau des garanties prévu aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion.

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

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

ARTICLE 27. DISPOSITION POUR LES DEPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE

Si parmi les membres participants affiliés au Contrat, certains relèvent du régime local Alsace Moselle, les organismes assureurs tiendront compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

ARTICLE 28. ACTES DE PREVENTION

Le contrat prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations suivantes liées à la prévention et dont la liste a été établie par arrêté du 8 juin 2006, sous réserve du respect du parcours de soins :

1. Scellement des puits, sillons et fissures aux enfants de moins de 14 ans.
2. Un détartrage annuel complet.
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
7. Les vaccinations suivantes :
 - a) DTP : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Grippe ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

ARTICLE 29. PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

CHAPITRE X. MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 30. FORMALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont traitées :

- par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite de l'assuré ;
- sur présentation du décompte établi par la Sécurité sociale.

La demande doit être accompagnée des pièces et des justificatifs originaux (note d'honoraires ; facture originale détaillée établie sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom du membre participant ; décomptes originaux des règlements du régime obligatoire de la Sécurité sociale).

Pour les actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale, le membre participant devra adresser à l'organisme assureur de sa structure les originaux des factures et notes d'honoraires acquittés.

Lors de l'affiliation, le membre participant fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Ces pièces sont conservées par les organismes assureurs qui sont en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai de six mois, lequel commence à courir à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations.

ARTICLE 31. DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties sont servies dans un délai maximum de **quarante-huit heures** en échange NOEMIE ou de **cinq jours ouvrés** à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par les organismes assureurs, hors flux NOEMIE.

Les prestations sont versées soit directement aux membres participants (par virement sur compte bancaire), soit aux professionnels de santé si le membre participant a fait usage du tiers payant.

ANNEXE I. MAINTIEN DES GARANTIES

A – EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU A INDEMNISATION

Le maintien des garanties du régime des actifs est proposé, à titre **facultatif**, aux membres participants en suspension de contrat de travail, conformément à l'article 3.3 des Conditions Générales.

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'organisme assureur au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail.

Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande.

1) Prise d'effet des garanties

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

2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- ✓ **à la date de fin de la suspension du contrat de travail du membre participant,**
- ✓ **à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 4 ci-après,**

- ✓ à la date de résiliation de l'adhésion individuelle par le membre participant, opérée par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à l'organisme assureur au moins deux mois avant la date de l'échéance la fin de l'année civile, étant précisé que cette résiliation est définitive,
- ✓ à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite prévue par la législation en vigueur,
- ✓ à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- ✓ à la date de cessation du contrat de travail (correspondant au terme du préavis effectué ou non),
- ✓ et, en tout état de cause, au jour du décès du membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 4.1.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date de soins est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront donner lieu à prise en charge.

Les garanties et prestations sont identiques à celles des actifs et figurent aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion obligatoirement joints aux présentes Conditions Générales.

3) Cotisations

Les cotisations des membres participants en suspension de contrat de travail seront appelées sur les mêmes tarifs que ceux appliquées aux salariés actifs, **les cotisations étant intégralement à leur charge.**

Les cotisations sont payables par le membre participant, mensuellement, au terme prévu dans le document formalisant l'acceptation expresse de l'adhésion par l'organisme assureur. Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'organisme assureur.

4) Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation peut être exclu.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au Contrat collectif.

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

B – MEMBRES PARTICIPANTS PRIVES D'EMPLOI ET INDEMNISES PAR POLE EMPLOI

Conformément aux dispositions de l'article L911-8, les anciens salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties des actifs, dans les conditions ci-après décrites, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

1) Définition des bénéficiaires du dispositif

Peuvent bénéficier du maintien des garanties et des dispositions définies au Contrat, les anciens salariés satisfaisant aux conditions **cumulatives** suivantes :

- le contrat de travail doit avoir été rompu: l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés, **à l'exception de la faute lourde** ;
- la cessation de ce 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.

2) Obligations des parties

a) Obligations des anciens salariés

Ils doivent justifier auprès de l'organisme assureur à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article (notamment ouverture des droits à l'indemnisation chômage, cessation du versement des allocations chômage).

b) Obligations de l'entreprise

L'entreprise doit remplir, vis-à-vis de l'organisme assureur les obligations suivantes :

- **informer dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés ;**
- **signaler, dans le certificat de travail de l'ancien salarié, le maintien de ces garanties.**

3) Prise d'effet, durée et cessation du maintien des garanties

a) Prise d'effet du maintien

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

b) Durée du maintien

L'ancien membre participant bénéficie de ce maintien pendant une durée égale à celle de son dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur, appréciée en mois.

En toute hypothèse, ce maintien ne peut excéder une durée de **douze mois**, décomptée à partir de la date de cessation du contrat de travail.

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

c) Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- **à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage (reprise d'activité professionnelle à temps plein ou**

partiel, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve du bénéfice de cette indemnisation ;

- **en cas et à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif ;**
- **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'ancien salarié.**

Seuls les soins ou actes médico-chirurgicaux dont la date des soins figurant sur les décomptes de Sécurité sociale sont antérieurs à la date d'effet de la cessation des garanties pourront être pris en charge.

4) Définition des garanties et prestations

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

5) Modifications contractuelles

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations, des cotisations, des conditions de règlement, notamment), pendant la période de maintien des droits, seront également applicables aux anciens salariés dans les mêmes conditions.

6) Modalités de financement

Le maintien des garanties, dans les conditions suscitées, s'effectue par le biais **d'un financement assuré par mutualisation** intégré aux taux de cotisations applicables aux salariés en activité.

7) Articulation entre les modalités de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale et celles de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi « Evin »)

Les anciens salariés visés à l'article 4 de la loi n°89-1009 précité qui sont privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement, peuvent bénéficier du maintien de leur garanties dans les conditions prévues à l'annexe I-B des présentes conditions générales, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les **six mois** qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant, dans les **six mois** suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien des garanties au titre de la portabilité, en application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale.

ANNEXE II. TABLEAUX DES GARANTIES

Les montants de prestations sont exprimés y compris Sécurité sociale, sauf pour les garanties au ticket modérateur et pour les forfaits en euros.

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS				
	(Dans la limite des frais réels, et, y compris Sécurité sociale, sauf pour les prestations au ticket modérateur et en forfait en euros)				
Niveaux	Base 1 Conventionnel	Base 2	Base 2 Bis	Base 3	Base 4
L'HOSPITALISATION***					
Conventionnés - Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Non conventionnés - Frais de séjour	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Conventionnée - Honoraires CAS (*)	100 % BR	100 % BR	120 % BR	170 % BR	250 % BR
Conventionnée - Honoraires hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Non conventionné - Honoraires	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Forfait journalier hospitalier (actuellement : 18 € par jour)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (actuellement : 18 € par jour)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière conventionnée	-	-	1,25 % PMSS / J	1,75 % PMSS / J	2 % PMSS / J
Chambre particulière - Forfait en ambulatoire	-	-	0,50 % PMSS / J	0,75 % PMSS / J	1 % PMSS / J
Personne accompagnante - Lit d'accompagnant conventionné	-	-	-	1,75 % PMSS / J	2 % PMSS / J
LES FRAIS MEDICAUX COURANTS***					
Consultations - visites Généralistes CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations - visites Généralistes hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations - visites Spécialistes CAS (*)	100 % BR	100 % BR	125 % BR	180 % BR	250 % BR
Consultations - visites Spécialistes hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Pharmacie remboursée à 65 % et à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	-	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la SS	-	-	-	50 € / A / B	75 € / A / B
Analyses médicales	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes Techniques Médicaux (petite chirurgie) CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	140 % BR	170 % BR
Actes Techniques Médicaux (petite chirurgie) hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Radiologie CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	170 % BR
Radiologie hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Prothèses auditives	100 % BR	100 % BR	100 % BR	500 € / oreille tous les 2 ans	1 000 € / oreille tous les 2 ans
Transport accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
L'OPTIQUE					
Verres et monture (**)	Grille optique Base 1	Grille optique Base 2	Grille optique Base 2 Bis	Grille optique Base 3	Grille optique Base 4
Lentilles prescrites : acceptées, refusées, jetables	30 € / A / B	50 € / A / B	75 € / A / B	150 € / A / B	250 € / A / B
Chirurgie réfractive	-	-	-	500 € / œil / A / B	1 000 € / œil / A / B
LE DENTAIRE (1) limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du panier de soins					
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Onlays - Inlays	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Orthodontie acceptée par la SS	125 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie refusée par la SS (2)	-	-	150 € / semestre de soins / B	300 € / semestre de soins / B	500 € / semestre de soins / B
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (1) :					
- dents du sourire	125 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
- dents du fond de bouche	125 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Inlays-cores (1)	125 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (1) (2)	-	-	150 € / dent Maxi 3 dents/A/B	300 € / dent Maxi 3 dents/A/B	500 € / dent Maxi 3 dents/A/B
Parodontologie (2)	-	-	-	300 € / acte Maxi 3 actes/A/B	500 € / acte Maxi 3 actes/A/B
Implantologie (2)	-	-	-	300 € / implant Maxi 3 implants/A/B	500 € / implant Maxi 3 implants/A/B
LES FRAIS DE CURES THERMALES (hors thalassothérapie)					
Cure acceptée par la Sécurité sociale	-	-	-	100 € / A / B	200 € / A / B
MEDECINES DOUCES (Praticiens disposant d'un diplôme d'état)					
Ostéopathe, Chiropracteur, Diététicien, Psychomotricien Psychologue, Podologue, Pédicure, Acupuncteur, Etiopathe	-	-	-	25 € / séance Maxi 3 séances /A/B	50 € / séance Maxi 3 séances /A/B
ACTES DE PREVENTION					
Tous les actes des contrats responsables	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Ostéodensitométrie osseuse	-	-	-	30 € / A / B	50 € / A / B
Patch anti-tabac	-	-	-	100 € / A / B	200 € / A / B

- (*) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).
- (**) Pour les enfants (- 18 ans) : un équipement annuel
Pour les adultes : un équipement tous les deux ans sauf si évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel
- (***) En secteur non conventionné le remboursement se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

⁽¹⁾ Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du panier de soins (soit 125 % BR)

⁽²⁾ Le remboursement des 3 dents ou actes s'entend pour l'ensemble des 4 forfaits non pris en charge par la SS (Hors nomenclature dans la future Classification Commune des Actes Médicaux pour le dentaire)

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la Notice d'information.

Lexique :

CAS : Contrat d'accès aux soins

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

Le montant défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

SS : Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur :

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Son évolution est consultable sur : www.securite-sociale.fr.

B : Bénéficiaire

A : Année

J : Jour

Dans les grilles Optique, les remboursements s'entendent par verre.

GRILLES OPTIQUES (par verre)					
	BASE 1 CONVENTIONNEL	BASE 2	BASE 2 Bis	BASE 3	BASE 4
Enfants < 18 ans					
Monture	50 €	70 €	70 €	75 €	100 €
Verre Simple Foyer, Sphérique					
Sphère de -6 à +6	40 €	50 €	50 €	50 €	60 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	75 €	75 €	75 €	75 €
Sphère <-10 ou >+10	75 €	75 €	75 €	75 €	80 €
Verre Simple Foyer, sphéro-cylindrique					
Cylindre <+4 sphère de -6 à +6	40 €	60 €	60 €	60 €	70 €
Cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	75 €	75 €	75 €	80 €
Cylindre >+4 sphère de -6 à +6	75 €	75 €	75 €	80 €	90 €
Cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	80 €	80 €	90 €	100 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphérique					
Sphère de -4 à +4	80 €	80 €	90 €	100 €	110 €
Sphère <-4 ou >+4	80 €	90 €	100 €	110 €	120 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique					
Sphère de -8 à +8	80 €	100 €	110 €	120 €	130 €
Sphère <-8 ou >+8	80 €	110 €	115 €	130 €	140 €
Adultes					
Monture	50 €	80 €	100 €	125 €	150 €
Verre Simple Foyer, Sphérique					
Sphère de -6 à +6	40 €	65 €	70 €	80 €	90 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	75 €	80 €	90 €	100 €
Sphère <-10 ou >+10	75 €	80 €	85 €	100 €	110 €
Verre Simple Foyer, sphéro-cylindrique					
Cylindre <+4 sphère de -6 à +6	40 €	70 €	80 €	90 €	100 €
Cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	80 €	90 €	100 €	110 €
Cylindre >+4 sphère de -6 à +6	75 €	90 €	95 €	110 €	120 €
Cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	100 €	110 €	120 €	130 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphérique					
Sphère de -4 à +4	80 €	80 €	110 €	150 €	175 €
Sphère <-4 ou >+4	80 €	100 €	130 €	160 €	185 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique					
Sphère de -8 à +8	80 €	100 €	135 €	175 €	200 €
Sphère <-8 ou >+8	80 €	110 €	140 €	185 €	210 €



Comme vous !



APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale – 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE ET CUIRE.

MALAKOFF MEDERIC Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947 - 21 rue Laffitte – 75317 PARIS CEDEX 9.



MGEN Filia, mutuelle substituée intégralement pour les garanties relevant des branches 1 (maladie) et 2 (accident) avec MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399, siège social : 3 Square Max-Hymans - 75748 PARIS Cedex 15.



MUTEX, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 37 302 300 euros, enregistrée au RCS de NANTERRE sous le n° 529 219 040, Société régie par le Code des Assurances. Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex