

VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ **dénommé EEP Santé**

Notice d'information
Ensemble du personnel salarié



Accord Collectif Frais de Santé du 18 juin 2015

Avenant n° 1 du 26 septembre 2018

Avenant n° 2 du 13 novembre 2019

→ SOMMAIRE

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	3
------------------------------	---

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	12
----------------------------------	----

ARTICLE 1. OBJET	12
ARTICLE 2. ADHÉSION	12
ARTICLE 3. DURÉE DU CONTRAT – RÉSILIATION	12
ARTICLE 4. MODALITÉS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	12
ARTICLE 5. PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES	13
ARTICLE 6. MAINTIEN DES GARANTIES	13
ARTICLE 7. PAIEMENT DES COTISATIONS	15
ARTICLE 8. PRESTATIONS	16
ARTICLE 9. PRESTATIONS PRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ	16
ARTICLE 10. PRESCRIPTION	16
ARTICLE 11. ÉLECTION DE DOMICILE	17
ARTICLE 12. FONDS SOCIAL	17
ARTICLE 13. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES	17
ARTICLE 14. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	17
ARTICLE 15. MÉDIATEUR	17

TITRE II - GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	18
------------------------------------	----

ARTICLE 16. OBJET DE LA GARANTIE	18
ARTICLE 17. BÉNÉFICIAIRES	18
ARTICLE 18. ADHÉSION AU RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE	18
ARTICLE 19. CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE	18
ARTICLE 20. SUBROGATION	18
ARTICLE 21. FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION - EXCLUSIONS	18
ARTICLE 22. COUVERTURE	19
ARTICLE 23. DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE	19
ARTICLE 24. PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTES DEMANDES DE PRESTATIONS	19
ARTICLE 25. LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS	20
ARTICLE 26. DÉCHEANCE	20

ANNEXE 1.SERVICES PROPRES À MUTEX	21
-----------------------------------	----

DOCUMENT(S) À REMETTRE À VOTRE CHEF D’ETABLISSEMENT	23
---	----



→ VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Les montants de prestations présentés dans les tableaux ci-dessous, sont les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE et des OPTIONS 1, 2 ou 3 RESPONSABLES. Ils viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

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

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS			
	RÉGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable				
HOSPITALISATION (Y COMPRIS FRAIS DE MATERNITÉ)				
Frais de séjour	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris la participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K→60.				
Honoraires				
(y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile).				
- Médecins adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
- Médecins non adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chambre particulière (y compris maternité) par jour	-	1,5 % PMSS ¹	2,5 % PMSS ¹	3,5 % PMSS ¹
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	-	1 % PMSS ¹	2 % PMSS ¹	2 % PMSS ¹
MATERNITÉ				
Forfait maternité – montant par enfant (y compris en cas d'adoption)	5 % PMSS ²	10 % PMSS ²	15 % PMSS ²	20 % PMSS ²
DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ*	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF			
SOINS (HORS 100 % SANTÉ)				
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire
PROTHÈSES (HORS 100 % SANTÉ)				
Panier Maitrisé **				
Prothèses fixes : (couronnes et bridges)	100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Inlay Core	100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Inlays onlays d'obturation :				
• Jusqu'au 31 décembre 2020	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
• A partir du 1 ^{er} janvier 2021	100 % TM dans la limite des HLF	100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Panier Libre ***				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Inlays Core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR
Inlays onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 350 % BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Implantologie dentaire				
Par implant	-	100 €	450 €	800 €

1 - PMSS en vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation - 2 - PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption

* **Soins et prothèses 100 % Santé** : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

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

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

➔ VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (SUITE)

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS			
	RÉGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
	Responsable			
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultation - Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
IMAGERIE MÉDICALE				
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
MÉDICAMENTS				
Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	100 euros par an et par bénéficiaire	100 euros par an et par bénéficiaire
VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non pris en charge par la Sécurité sociale)	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire
MATÉRIEL MÉDICAL				
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES				
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	50 Euros Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	50 Euros Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	50 Euros Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	50 Euros Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séances	3 séances	4 séances	5 séances
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le N° ADELI ou le N° FINESS du praticien sera demandé.				

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS			
	RÉGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
	Responsable			
AIDES AUDITIVES				
• Jusqu’au 31 décembre 2020				
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
+ Forfait / oreille / an et par bénéficiaire	200 Euros	200 Euros	300 Euros	300 Euros
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Jusqu’au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d’une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :				
• Le renouvellement intervient après une période d’au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l’aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s’entend pour chaque oreille indépendamment) ;				
• L’aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d’usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l’état de l’assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l’arrêté du 14 novembre 2018) ;				
• Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d’assurance maladie.				
• A partir du 1 ^{er} janvier 2021				
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ* - CLASSE 1	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV			
EQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES – CLASSE 2				
Adultes- bénéficiaires de 21 ans ou plus	600 Euros - MR	600 Euros - MR	700 Euros - MR	700 Euros - MR
Enfants - bénéficiaires de moins de 21 ans ou personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction)	1600 Euros - MR	1600 Euros - MR	1700 Euros - MR	1700 Euros - MR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Le renouvellement de la prise en charge d’une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l’aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s’entend pour chaque oreille indépendamment.				
PRÉVENTION				
1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l’acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu’il n’intervienne qu’une fois par dent et qu’il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.				
2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).				
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d’aptitudes à l’acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu’il s’agisse d’un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.				
4. Dépistage de l’hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).				
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l’audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : • Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; • Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; • Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; • Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; • Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).	100 % TM			
6. L’acte d’ostéodensitométrie remboursable par l’assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d’inscription de l’acte sur la liste mentionnée à l’article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.				
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : • Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; • Coqueluche : avant 14 ans ; • Hépatite B : avant 14 ans ; • BCG : avant 6 ans ; • Rubéole pour les adolescentes qui n’ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; • Haemophilus influenzae B ; • Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques				

***Equipements 100% Santé** : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

→ VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (SUITE)

NATURE DES SOINS			MONTANT DES PRESTATIONS			
			RÉGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
			Responsable			
OPTIQUE						
VERRES ET MONTURE			100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV			
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ - CLASSE A (*) (***)						
EQUIPEMENTS LIBRES – CLASSE B (**) (***)						
GRILLE OPTIQUE - VERRES ET MONTURE À TARIFS LIBRES						
Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre	SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à + 6 ⁽¹⁾	60 Euros -MR	80 Euros -MR	90 Euros -MR	110 Euros -MR
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
	Sphéro-cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à + 4	70 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH > à 0 et S < ou = à + 6	70 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 6	75 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH < à - 6 et CYL > ou = à + 0,25	80 Euros -MR	100 Euros -MR	110 Euros -MR	130 Euros -MR
SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	100 Euros -MR	120 Euros -MR	130 Euros -MR	150 Euros -MR		
Progressif et Multifocal	Sphérique	SPH de -4 à + 4	130 Euros -MR	150 Euros -MR	190 Euros -MR	210 Euros -MR
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 Euros -MR	170 Euros -MR	210 Euros -MR	230 Euros -MR
	Sphéro-cylindrique	SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à + 4	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH > 0 et S < ou = à + 8	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 8	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
SPH < à - 8 et CYL > ou = à + 0,25	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR		
Monture			50 Euros - MR	75 Euros - MR	100 Euros - MR	100 Euros - MR
AUTRES POSTES OPTIQUE						
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire			2 % PMSS ²	3 % PMSS ²	5 % PMSS ²	8 % PMSS ²
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur de			100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
La chirurgie réfractive, par œil			-	10 % PMSS ³	25 % PMSS ³	25 % PMSS ³
AUTRES POSTES						
Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire			100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
Cures Thermales			100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
+ Forfait par bénéficiaire			-	5 % PMSS ⁴	10 % PMSS ⁴	15 % PMSS ⁴

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe

(2) PMSS en vigueur au jour de la dépense

(3) PMSS en vigueur au jour de l'intervention

(4) PMSS en vigueur au 1^{er} jour de la cure

(*) Equipements 100% Santé – Classe A :

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

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

(**) Equipements libres – Classe B :

Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

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

(***) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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

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

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

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

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

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

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

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

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

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

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

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

POUR MIEUX COMPRENDRE LES GARANTIES :

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

PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

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

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.

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

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

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

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

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

➔ VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (SUITE)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaires à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

Exemples normés

RÉGIME SOCLE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	105,51 €	77,79 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE						
Equipeement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Equipeement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement tarif libre)	345,00 €	0,09 €	189,91 €	155,00 €	Equipeement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse panier maîtrisé)	538,70 €	84,00 €	276,00 €	178,70 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse panier libre)	538,70 €	75,25 €	247,25 €	216,20 €		Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100,00 €	210,00 €	340,00 €	550,00 €	>20 ans	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (équipement tarif libre)	1 476,00 €	210,00 €	340,00 €	926,00 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €		Prix moyen national de l'acte

RÉGIME SOCLE + OPTION 1	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	105,51 €	77,79 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement tarif libre)	345,00 €	0,09 €	254,91 €	90,00 €	Équipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse panier maîtrisé)	538,70 €	84,00 €	366,00 €	88,70 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse panier libre)	538,70 €	75,25 €	327,87 €	135,58 €		Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100,00 €	210,00 €	340,00 €	550,00 €	>20 ans	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (équipement tarif libre)	1 476,00 €	210,00 €	340,00 €	926,00 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	16,10 €	24,80 €		Prix moyen national de l'acte

➔ VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (SUITE)

RÉGIME SOCLE + OPTION 2	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement tarif libre)	345,00 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €	Équipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse panier maîtrisé)	538,70 €	84,00 €	396,00 €	58,70 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse panier libre)	538,70 €	75,25 €	354,75 €	108,70 €		Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100,00 €	210,00 €	440,00 €	450,00 €	>20 ans	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (équipement tarif libre)	1 476,00 €	210,00 €	440,00 €	826,00 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	25,30 €	15,60 €		Prix moyen national de l'acte

RÉGIME SOCLE + OPTION 3	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0 €	Pour un œil	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement tarif libre)	345,00 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €	Équipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse panier maîtrisé)	538,70 €	84,00 €	454,70 €	0 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse panier libre)	538,70 €	75,25 €	408,50 €	54,95 €		Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100,00 €	210,00 €	440,00 €	450,00 €	>20 ans	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (équipement tarif libre)	1 476,00 €	210,00 €	440,00 €	826,00 €	>20 ans	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €		Prix moyen national de l'acte

➔ 1.DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. OBJET

Le contrat a pour objet la mise en œuvre des garanties frais de santé de l'ensemble du personnel salarié des établissements d'enseignement privés sous contrat entrant dans le champ d'application de l'accord collectif frais de santé du 18 juin 2015.

Le présent Titre I « Dispositions générales » fixe les conditions dans lesquelles l'organisme recommandé assure au participant et à sa famille, conformément à l'accord collectif et en contrepartie des cotisations, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Les prestations garanties sont précisées en page 3 de la présente notice.

Le contrat se compose :

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

L'établissement a la possibilité de rendre obligatoire l'une de ces options en lieu et place du socle, en indiquant ce choix lors de l'adhésion.

ARTICLE 2. ADHÉSION

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

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

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

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'organisme recommandé résulte de la signature du bulletin d'adhésion par les deux parties.

La signature du bulletin d'adhésion par l'organisme recommandé vaut acceptation du risque et forme ainsi, avec les conditions générales, le contrat d'adhésion, sous réserve que ce dernier soit retourné signé par l'adhérent dans les trente jours suivant la date d'effet du bulletin d'adhésion.

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

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

L'organisme recommandé notifiera à l'adhérent les éventuelles modifications apportées au contrat d'adhésion.

ARTICLE 3. DURÉE DU CONTRAT – RÉSILIATION

3.1 - DURÉE DU CONTRAT

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion et expire au 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque exercice civil.

3.2 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion peut être résiliée à l'initiative de l'adhérent, signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours.

L'adhésion prend fin lorsque le groupe assuré a disparu. Sous réserve des maintiens des garanties définis à l'article 6, le salarié perd également la qualité de membre participant et qu'il adhère à un autre organisme à cet effet.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de garantie sont cependant prévus dans les conditions fixées à l'article 6 du présent Titre.

Sortie du champ d'application de l'accord collectif

L'adhérent, le cas échéant l'établissement l'ayant absorbé, doit informer par écrit sans délai l'organisme recommandé de tout changement d'activité ayant pour conséquence de le placer en dehors du champ d'application de l'accord collectif (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités).

Cette situation entraîne de plein droit la résiliation du contrat à la date de sortie du champ d'application de l'accord collectif.

3.3 - RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

La résiliation du contrat d'assurance collective souscrit par les signataires de l'accord entraînera résiliation de toutes les adhésions audit contrat.

3.4 - INFORMATION DES PARTICIPANTS

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, l'adhérent s'engage à informer l'ensemble des salariés ou anciens salariés assurés de la cessation des garanties.

Ceux-ci peuvent souscrire un contrat à titre individuel, parmi l'offre frais de santé de l'organisme recommandé.

ARTICLE 4. MODALITÉS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sont garantis au titre de participants l'ensemble des salariés de l'adhérent :

- sous contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de Sécurité sociale (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé pour projet de transition professionnelle, périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité, détention pénitentiaire),

- affilié à la Sécurité sociale.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant aux dites catégories de personnel.

Dispenses d'affiliation

Toutefois, conformément à l'article 3.2 de l'accord collectif, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer au régime frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'adhérent. À défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

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

- doivent être affiliés au régime frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion et celle de leurs ayants droit, à la couverture du socle obligatoire et éventuellement à une de ses options ; l'adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

ARTICLE 5. PRISE D'EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

ARTICLE 5.1 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

1. Pour les participants répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 4 :

• Les garanties du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire) prennent effet :

- à la date d'effet de l'adhésion pour tous les participants présents à cette date, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à par l'accord collectif,
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

• les garanties du régime optionnel (1, 2 ou 3) prennent effet :

- à la date à laquelle le participant bénéficie du régime socle obligatoire s'il choisit d'adhérer au régime optionnel à cette date,
- à défaut, si le participant choisit d'adhérer au régime optionnel postérieurement à son affiliation obligatoire au régime socle, au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande du participant.
- en cas de changement de situation de famille, l'adhésion au régime optionnel prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande.

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

2. Pour les membres de la famille :

En cas d'extension des garanties aux membres de sa famille, tous les ayants droit bénéficient du même niveau de garanties que le participant :

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

Cette affiliation facultative est renouvelable le 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

ARTICLE 5.2 - CESSATION DES GARANTIES

1. Pour le participant

Les garanties du contrat cessent :

- à la date de résiliation du contrat d'adhésion, ou de la convention d'assurance collective souscrite par les signataires de l'accord du 18 juin 2015
- à la date de fin du contrat de travail du participant ou de la sortie du participant de la catégorie de personnel visée sous réserve des dispositions prévues à l'article 6,

- à la date de suspension du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions prévues à l'article 6.4,
- à la date de départ en retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'adhérent.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

2. Pour les membres de la famille

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

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande écrite de radiation parvienne à l'organisme recommandé au plus tard le 31 octobre,
- à la date à laquelle les membres de la famille ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 17 du Titre II pour être bénéficiaires.

Cette radiation est irrévocable pendant 2 ans.

ARTICLE 5.3 - SUSPENSION DES GARANTIES

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu pour les raisons suivantes :

- congé sabbatique visé aux articles L 3142-28 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L 3142-105 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L 1225-47 du Code du Travail ;
- congé pour projet de transition professionnelle visé aux articles D.6323-9 et suivants du Code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- détention pénitentiaire.

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

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

Toutefois le participant peut obtenir le maintien des garanties dans les conditions prévues à l'article 6.4.

ARTICLE 6. MAINTIEN DES GARANTIES

ARTICLE 6.1 - MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PORTABILITÉ DES DROITS)

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

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

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

Prise d'effet et durée du maintien

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

➔ 1.DISPOSITIONS GÉNÉRALES (SUITE)

Cessation du maintien des garanties

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

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

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

Modalités du maintien des garanties

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

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

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

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

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

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

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

A défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande du participant sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme recommandé les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

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

Cotisations

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

ARTICLE 6.2 - MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT DES PERSONNES GARANTIES DU CHEF DE L'ASSURÉ DÉCÉDÉ

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

- qu'ils soient inscrits au contrat à la date du décès du participant
 - que les demandes individuelles d'affiliation, soient adressées à l'organisme recommandé dans les deux mois suivant le décès ;
- LE DÉPASSEMENT DE CE DÉLAI ENTRAÎNE FORCLUSION DÉFINITIVE.**

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

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

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

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

Ce maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

ARTICLE 6.3 - MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN DU 31 DÉCEMBRE 1989 ÉLARGI AU BÉNÉFICE DES AYANTS DROIT

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

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à l'article 6.1 ci-dessus.
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à l'article 6.1 ci-dessus.
- les personnes garanties du chef du participant décédé, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin du maintien prévu à l'article 6-2 ci-dessus.

Modalité d'adhésion

A condition que l'organisme recommandé en ait été informé par l'adhérent, il adresse une proposition de maintien de la couverture aux intéressés dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à l'article 6.1 ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre du décès du participant telle que prévue à l'article 6.2.

La proposition est adressée dans les meilleurs délais en cas de demande des ex salariés ou ayants droit bénéficiaires de ce dispositif. En application de l'article 4 de la loi du n° 89-1009 du 31 décembre 1989 [dite « loi Evin »], l'assureur devra proposer une couverture identique à celle dont bénéficiait le salarié. Au cas où l'intéressé souhaiterait souscrire des garanties différentes de celles

proposées par l'organisme assureur, il pourra proposer un autre contrat d'accueil.

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

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

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

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

Modalités de changement de niveau de couverture

Les anciens salariés ont la possibilité de changer de niveau de couverture dans les mêmes conditions que les salariés en activité, selon les modalités prévues à l'Article 19 - CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE.

Prise d'effet des garanties

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

- le lendemain de la rupture du contrat de travail de l'ancien membre participant, ou le cas échéant au terme du maintien des garanties prévues à l'article 6.1,
- au terme du maintien des garanties prévu à l'article 6.2 ci-dessus pour les personnes garanties du chef du participant décédé.

Cotisations

Les cotisations sont indiquées sur le bulletin individuel d'affiliation. Elles sont payables par le participant, mensuellement, selon les conditions définies dans la notice d'information et sur le bulletin individuel d'adhésion.

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour sa famille. A ce titre, le participant remet un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement. Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

Cessation des garanties

Le maintien de garanties cesse pour chaque participant :

- en cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu au paragraphe « Défaut du paiement des cotisations » ci-dessus,
- à la date de dénonciation de l'adhésion par le participant, opérée par lettre recommandée adressée au moins deux mois avant la fin de l'année civile. La dénonciation de l'adhésion est définitive tant pour le participant que pour ses ayants droit.
- et en tout état de cause, en cas de résiliation de la Convention d'assurance. Dans cette éventualité, la Commission Paritaire Nationale EEP Santé et l'organisme assureur pourront, à la demande des partenaires sociaux, convenir des modalités de transfert des personnes garanties au titre du présent article.

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

Assurance individuelle

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

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

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

ARTICLE 6.4 – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

• Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Le bénéfice du contrat est maintenu au profit des participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières ou rente d'invalidité de la Sécurité sociale.

Pour le personnel dont le contrat de travail est suspendu, la cotisation reste entièrement due.

• Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Par dérogation à l'article 5.3 du présent titre, les participants dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune rémunération ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus ont la possibilité de demander le maintien des garanties. Pour le personnel dont le contrat de travail est suspendu, la cotisation reste entièrement due.

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

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

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

ARTICLE 7. PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les vingt jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil. Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :

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

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

➔ 1.DISPOSITIONS GÉNÉRALES (SUITE)

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

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

Les maîtres rémunérés par l'Etat (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire) exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico-sociaux visés par l'accord EEP Santé, acquitteront leur contribution auprès de l'établissement ou éventuellement auprès de l'organisme assureur. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

Pour le participant au titre des régimes facultatifs (options 1, 2 ou 3) et pour l'extension aux membres de la famille du participant (pour le régime socle facultatif ou les options 1, 2 ou 3)

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour sa famille. A ce titre, le participant remet un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement. Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

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

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

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

● ARTICLE 8. PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au Titre II – Garantie Frais de santé ci-après.

● ARTICLE 9. PRESTATIONS PRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

Tous les salariés couverts par l'accord collectif du 18 juin 2015 bénéficient de l'ensemble de ces mesures.

9.1 ACTIONS PRIORITAIRES DE BRANCHE

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

a. des réductions tarifaires :

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle au titre de la couverture du socle obligatoire.

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

b. des actions de prévention :

Les signataires de l'accord collectif du 18 juin 2015 confient à la Commission Paritaire Nationale EEP Santé le soin de déterminer les actions de prévention concernant les risques professionnels ou liées à une consommation médicale spécifique aux populations couvertes (population féminine aux besoins spécifiques etc.).

Dans ce cadre, les priorités suivantes sont définies :

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

c. des prestations d'action sociale.

9.2 ORIENTATIONS, FONCTIONNEMENT ET MODALITÉS D'ATTRIBUTION

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

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

● ARTICLE 10. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'adhésion se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Organisme recommandé en a eu connaissance,
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'Organisme recommandé a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du code civil :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- demande en justice, même en référé,
- acte d'exécution forcée.

La prescription est interrompue, outre les causes ordinaires d'interruption, 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 demande d'avis de réception adressée soit au membre adhérent par l'organisme recommandé en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'organisme recommandé par le membre participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

● ARTICLE 11. ÉLECTION DE DOMICILE

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

● ARTICLE 12. FONDS SOCIAL

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

● ARTICLE 13. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située : 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

● ARTICLE 14. Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le salarié et les bénéficiaires sont informés par l'organisme assureur, que : L'Organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par mail à dpo@mutex.fr ou par courrier à l'attention du Délégué à la Protection des Données de MUTEX - 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 CHATILLON CEDEX.

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

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le salarié et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du salarié et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude ;
- la proposition au participant et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du salarié et des bénéficiaires.

2. Destinataires des traitements des données personnelles

Les services de l'organisme assureur dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu. Les données de santé du salarié et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, L'organisme assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du salarié et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Dans la mesure où les données seraient amenées à être transférées en dehors de l'Union Européenne et dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, l'organisme assureur s'engage à prendre toutes les garanties juridiques appropriées pour encadrer le transfert.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance varient en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'organisme assureur et des prescriptions légales applicables.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent (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 du salarié et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

3. Droit des personnes concernées

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

Ces droits peuvent être exercés par mail à dpo@mutex.fr ou par courrier à l'attention du Délégué à la Protection des Données de MUTEX - 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 CHATILLON CEDEX.

● ARTICLE 15. MÉDIATEUR

Toutes les réclamations d'un participant et d'un adhérent relatives à l'exécution du contrat devront être envoyées à l'organisme assureur.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'organisme assureur et après épuisement des procédures internes de réclamations, les adhérents, les participants, bénéficiaires et ayants droit pourront s'adresser au médiateur du CTIP pour les organismes relevant du Code de la Sécurité sociale et au médiateur de la FFA pour les organismes relevant du Code des Assurances, sans préjudice d'une action devant le tribunal compétent.

Médiateur du CTIP

10 rue Cambacérès - 75008 PARIS

Tél : 01 42 66 68 49

Formulaire disponible sur le site :

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Médiateur de l'assurance

TSA 50110

75441 PARIS CEDEX 09

→ 2. GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 16. OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le versement :

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

ARTICLE 17. BÉNÉFICIAIRES

Bénéficiaires

Le participant bénéficie des garanties.

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

1. le conjoint non divorcé ni séparé du participant.

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

2. les enfants du salarié, ayant moins de 21 ans et vivant au foyer ou ceux qu'il y a accueillis (familles recomposées).

Sont également considérés comme tels :

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

Pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, l'affiliation des enfants du salarié ou assimilés prend effet à sa date de naissance ou de son arrivée au foyer.

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

ARTICLE 18. ADHÉSION AU RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE

L'adhésion au régime socle est obligatoire pour le participant. Il peut choisir de faire adhérer, à titre facultatif, ses ayants droit tels que définis à l'article ci-dessus.

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

ARTICLE 19. CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE

Le participant peut choisir, pour lui-même et les membres de sa famille affiliés au titre du régime socle, l'option 1, l'option 2 ou l'option 3 en complément du régime socle. La cotisation correspondante est alors appliquée.

Les membres de la famille ne peuvent pas choisir une option différente de celle retenue par le participant pour lui-même.

Le participant salarié, ou l'ancien salarié bénéficiaire d'un maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin, peut demander à changer de niveau de couverture comme suit :

- passage à un niveau supérieur (du régime socle à l'option 1, 2 ou 3, ou d'une option à une option supérieure) :

- le changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme recommandé au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours,
- en cas de changement de situation de famille, le changement prend effet au 1^{er} jour du mois suivant le changement de situation.

Mais pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, cette modification peut prendre effet, sur demande, à la date de changement de situation.

- passage à un niveau inférieur (de l'option 3 à l'option 2, de l'option 2 à l'option 1, de l'option 1 au socle) :

- Le changement est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.
 - Il prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.
- Par exception (et sous réserve que le salarié en apporte la preuve) :
- en cas de changement de situation de famille : le changement prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande ;
 - en cas de diminution de plus de 20 % des revenus du foyer : le changement prend effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la réception de la demande.

Par dérogation au principe de passage à un niveau immédiatement inférieur, il pourra être passé, dans ces deux cas, de l'option 3 à l'option 1 ou au socle, et de l'option 2 au socle.

ARTICLE 20. SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'organisme recommandé, celui-ci est subrogé dans les droits du participant à l'égard du tiers responsable.

ARTICLE 21. FRAIS OUVRANT DROIT A PRESTATION - EXCLUSIONS

a) Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes b), c), d), e) et f) ci-après, ceux énumérés dans le tableau des garanties de la présente notice qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, ont fait l'objet d'une prescription médicale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des produits et prestations, et qui n'ont pas donné lieu à une prescription médicale ou à un remboursement de la Sécurité sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans le tableau des garanties de la présente notice.

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

c) **SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HÉBERGEMENT EXPOSÉS :**

- EN ÉTABLISSEMENTS DE POST-CURE,
- EN CENTRE DE RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE,
- EN CENTRE SPÉCIALISÉ DE SOINS POUR TOXICOMANES.

d) En tout état de cause, les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux mais non prescrits médicalement n'ouvrent pas droit à prestation.

e) L'organisme recommandé ne prend pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.

f) Les dépassements d'honoraires sont pris en charge dans la mesure où ils ont été déclarés par le praticien à la Sécurité sociale et dans la mesure où ils sont prévus dans le tableau des garanties de la présente notice sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Le contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100 % santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

En conséquence :

- il prend en charge :

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

- il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds),
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente et des Honoraires Limites de Facturation des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Le contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent. En outre, le contrat respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale.

Conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics le contrat reprend l'ensemble des libellés normés et la notice d'information reprend quant à elle des exemples de remboursement en euros.

ARTICLE 22. COUVERTURE

Les montants de prestations présentés dans le tableau page 3, sont les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE et des OPTIONS 1, 2 ou 3 RESPONSABLES. Ils viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

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

ARTICLE 23. DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE

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

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

L'organisme recommandé ne considère comme recevables que les exemplaires originaux de ces documents : aucune copie n'est acceptée.

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

ARTICLE 24. PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTES DEMANDES DE PRESTATIONS

Dans tous les cas :

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

(*) Elles sont indispensables dans les cas suivants :

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

Selon la facturation dont relève l'établissement :

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

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

- Pharmacie : le bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant.

- Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale : la prescription médicale et l'original de la facture.

- Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin : la prescription médicale et l'original de la facture.

- Autres postes (auditif, appareillage et prothèses diverses autres que dentaires...) : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, selon le cas, l'original de la facture détaillée ou la photocopie de la feuille de soins.

→ 2. GARANTIE FRAIS DE SANTÉ (SUITE)

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

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

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

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

- **Lentilles de contact correctrices** :

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

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

- **Maternité** :

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

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

- **Cures thermales** :

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

- **Prévention** :

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

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

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

● ARTICLE 25. LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS

Comment obtenir une prise en charge ?

Afin d'éviter toute avance de fonds pour un séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée, vous pouvez formuler une demande

d'attestation de prise en charge directement auprès de votre Centre de gestion.

Vous voudrez bien à cet effet préciser :

- les coordonnées de l'établissement hospitalier (adresse et n° de télécopie),
- le service traitant,
- la date d'entrée.

Le Centre de gestion enverra immédiatement un bon de prise en charge à l'hôpital ou à la clinique.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires en cas de besoin.

Afin d'obtenir un règlement rapide de vos dossiers, vous devez envoyer toutes les pièces originales justifiant du droit à prestations mentionnées ci-dessus, auprès de votre Centre de Gestion.

Le remboursement sera alors effectué soit :

- par chèque bancaire envoyé à votre domicile,
- soit par virement bancaire selon votre demande (envoyez un RIB lors de votre première demande de remboursement) et il vous sera alors adressé le décompte de remboursement de soins correspondant.

Nous vous précisons qu'en cas de difficulté majeure ou de contestation sur le remboursement des prestations, vous pouvez nous contacter au numéro de téléphone du gestionnaire.

N'oubliez pas de nous informer de tout changement d'adresse, de situation de famille, ou de bénéficiaires en complétant un nouveau bulletin individuel d'affiliation que vous nous adresserez par l'intermédiaire de votre service du personnel.

● ARTICLE 26. DÉCHÉANCE

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

→ ANNEXE 1. SERVICES PROPRES À MUTEX

● SE FAIRE REMBOURSER

ÊTRE REMBOURSÉ AUTOMATIQUEMENT

La télétransmission

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (Noémie) entre votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et votre mutuelle gestionnaire.

Grâce à la télétransmission, vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes ; c'est votre CPAM qui transmet les informations à votre mutuelle.

Le règlement des prestations s'effectue directement par virement bancaire par votre mutuelle.

Cependant, pour certains actes (dentiste, optique, hébergement, cure...), l'envoi de pièces justificatives à la mutuelle est nécessaire. La copie de l'attestation carte vitale est indispensable pour effectuer la télétransmission.

Pensez à intervenir, le cas échéant, auprès de votre précédent organisme afin qu'il se déconnecte avant toute demande de mise en place de la télétransmission auprès de votre mutuelle gestionnaire.

Je ne veux pas de télétransmission

Si vous ne souhaitez pas que votre mutuelle soit destinataire des flux de télétransmission, vous devez le signaler sur votre bulletin d'adhésion ou par tout autre moyen postérieurement à votre adhésion initiale (courrier/mail/téléphone).

Dans ce cas, vous devez envoyer le décompte papier établi par votre CPAM.

Double adhésion

Si vous bénéficiez d'une autre couverture frais de santé par ailleurs, il convient tout d'abord de choisir la mutuelle à qui seront télétransmises les données nécessaires au remboursement complémentaire. Celle-ci interviendra en premier lieu, la seconde venant, le cas échéant, compléter le remboursement de la première dans la limite des frais réellement engagés.

Lorsque votre mutuelle gestionnaire doit intervenir en second rang, vous devez adresser l'original du décompte de la première mutuelle, qui doit reprendre les frais réels et le remboursement de la Sécurité sociale.

Indemnisation du conjoint

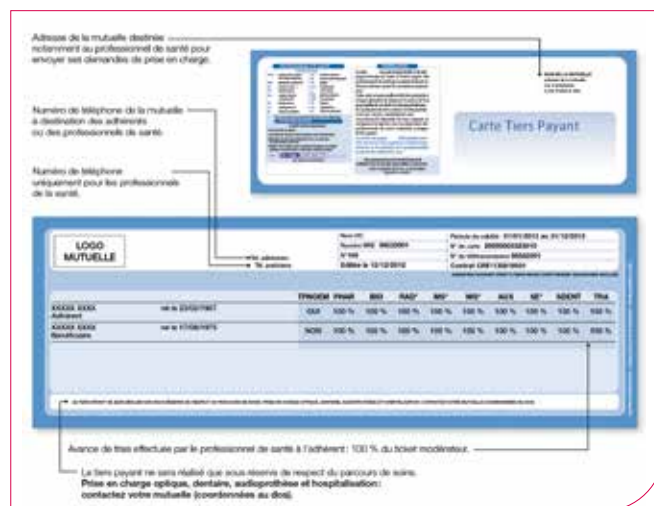
Lorsque les deux conjoints sont salariés du même établissement EEP, chacun peut prétendre, pour lui-même et ses enfants à charge, à un complément de remboursement comme ayants-droit de son conjoint, dans la limite des frais réels engagés.

Remboursement des frais antérieurs à votre adhésion

Les frais de santé concernant les soins antérieurs à votre adhésion ne sont pas pris en charge au titre du présent régime.

CARTE TIERS PAYANT

Après votre adhésion, vous recevrez de votre mutuelle gestionnaire une carte de tiers payant sur laquelle figureront l'ensemble des bénéficiaires inscrits sur le régime.



Il vous suffit de présenter cette carte ainsi que votre Carte Vitale aux professionnels de santé.

Vous serez ainsi dispensé de faire l'avance des frais pris en charge par la Sécurité sociale et votre mutuelle.

Vous bénéficiez du tiers payant pour l'hospitalisation, la pharmacie, l'optique et selon les accords départementaux existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les centres dentaires.

DEMANDER UNE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Si votre hospitalisation se fait dans un établissement conventionné, votre mutuelle vous garantit une prise en charge immédiate afin de vous dispenser de l'avance des frais.

Un simple appel téléphonique ou courrier de votre part ou de la part de l'établissement hospitalier suffit à déclencher la prise en charge.

● LES PRINCIPAUX SERVICES ASSOCIÉS

RÉSEAU DES MUTUELLES

Votre mutuelle gestionnaire a une bonne maîtrise de l'environnement économique, sanitaire et social de votre territoire. Afin de connaître la liste des accords tiers payant, il vous suffit de contacter directement votre mutuelle gestionnaire.

LES SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX ADHÉRENTS MUTUALISTES

Vous bénéficiez de l'accès à une offre de soins, de services, complète et de qualité (centres optique, de santé, dentaire, d'appareillage médical, aux services d'hospitalisation, centres de soins médicaux et infirmiers...) des unions départementales des mutuelles.

➔ ANNEXE 1.SERVICES PROPRES À MUTEX (SUITE)

Consultez le site www.mutualite.fr pour trouver un établissement près de chez vous, dans l'onglet « santé » à droite de l'écran, dans la rubrique « trouver un service de santé mutualiste ».

L'une des caractéristiques des services mutualistes est d'assurer un service de proximité. L'offre de santé mutualiste est donc particulièrement présente dans les agglomérations de taille moyenne où existent des besoins importants de structures de soins.

CONVENTIONNEMENT HOSPITALIER

Les mutuelles signent des conventions avec les hôpitaux et les cliniques qui prévoient notamment le prix de la chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement pour les spécialités Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

La négociation a pour objet de fixer le tarif maximum de la chambre particulière et est assortie du tiers-payant, du forfait journalier et du ticket modérateur sur les frais de séjour.

Ce dispositif a permis de réduire de 8 % en moyenne le prix de la chambre particulière.

L'ASSISTANCE

Une garantie assistance est attachée à votre contrat. L'assistance intervient 24h/24, 7j/7 et propose, en fonction de la situation, une prestation adaptée : aide-ménagère, garde des enfants, conduite à l'école, soutien scolaire à domicile, prise en charge des ascendants, garde des animaux domestiques, livraison des médicaments, renseignements médicaux et administratifs...

PRIORITÉ SANTÉ MUTUALISTE

Priorité Santé Mutualiste est un service créé par la Mutualité Française pour vous aider à mieux vous orienter dans le système de santé face à certains problèmes de santé.

Numéro non surtaxé, sur simple appel téléphonique, les conseillers qualifiés de Priorité Santé Mutualiste répondent à vos questions et vous aident à vous orienter, selon votre besoin, vers les établissements et services pouvant vous prendre en charge dans les meilleures conditions, notamment pour :

- une information de qualité en matière de santé,
- vous orienter dans le système de santé,
- un soutien personnalisé par téléphone : aide à l'arrêt du tabac, équilibre alimentaire, maintien à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap, aide à l'hébergement des personnes âgées,
- participer à des rencontres santé partout en France pour vous permettre de rencontrer des professionnels qui compléteront votre niveau d'information : conférences, groupes de parole, ateliers...
- être également orienté vers un service d'écoute.

L'échange se déroule de façon totalement anonyme ; toutes les informations resteront confidentielles.

Pour de plus amples informations, consultez le site www.prioritesantemutualiste.fr.



Appelez le :

3935

Prix d'un appel local à partir d'un poste fixe
Du lundi au vendredi de 9h à 19h

LE FONDS SOCIAL DES MUTUELLES

Les mutuelles ont décidé de développer une véritable action sociale qui propose un soutien moral et financier à l'ensemble des adhérents rencontrant des difficultés sociales ou familiales.

Les actions menées ont pour objectifs prioritaires : de permettre aux adhérents confrontés à une situation difficile de conserver leur complémentaire santé, d'aider au financement de soins coûteux...

Celle-ci étudiera dans le cadre d'une commission sociale votre demande pour vous assurer un soutien financier ou améliorer vos conditions de vie en participant à l'achat de matériel médical (fauteuil roulant...).

Les dossiers sont présentés de manière anonyme.

Les personnes souhaitant solliciter les services de l'action sociale peuvent contacter leur mutuelle soit par courrier soit par téléphone.

QUELQUES BONNES PRATIQUES

UTILISER LES DEVIS

Nous vous invitons à recourir systématiquement au devis, notamment avant d'avoir recours à des travaux dentaires importants ou à l'achat d'équipement optique ou auditif.

Comment procéder ?

Demander un devis précis à votre dentiste, opticien ou audioprothésiste.

Nous vous invitons à faire réaliser plusieurs devis et à inclure parmi les professionnels consultés, un dentiste, un opticien ou un audioprothésiste mutualiste.

Vous trouverez leurs coordonnées sur le site www.mutualite.fr, « trouver un service de santé » ou auprès de votre mutuelle.

Adresser votre devis à votre mutuelle ; vous recevrez rapidement une information tarifaire de référence sur les actes prescrits détaillant le remboursement de la Sécurité sociale et de votre mutuelle.

CONSULTER AMELI.FR

Le site de l'Assurance Maladie vous permet de bénéficier d'un certain nombre de services en ligne (suivre en temps réel et à tout moment le détail de vos remboursements, contacter en ligne votre Caisse d'Assurance Maladie...) et d'être informé sur vos droits et démarches ainsi que sur les tarifs pratiqués par les praticiens de votre région.

En vous connectant sur AMELI-DIRECT.FR, vous pouvez rechercher un médecin généraliste, spécialiste, de même qu'un dentiste et connaître le niveau des honoraires le plus couramment pratiqués, de même que son secteur d'activité (secteur 1, 2...).

UTILISER LES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

Un médicament générique est la copie conforme d'un médicament original dont le brevet est désormais dans le domaine public.

De manière générale, la réforme de l'Assurance Maladie engagée en 2005 conduit de plus en plus l'assuré social à modifier sa démarche de soins.

Pensez aussi que votre comportement en matière de santé exerce une influence directe sur l'équilibre prestations/cotisations de votre régime, le remboursement de la Sécurité sociale et de votre mutuelle.

**Ne communiquez pas vos garanties
aux professionnels de santé**

IMPORTANT

DOCUMENT À SIGNER ET À REMETTRE
À VOTRE CHEF D'ÉTABLISSEMENT

Je soussigné(e), _____

Salarié(e) de l'établissement :

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime frais de santé de l'ensemble du personnel salarié – Accord collectif EEP SANTE du 18 juin 2015 - mis en place auprès de MUTEX.

Fait à _____ Le _____

Signature :



Mutex - Société anonyme, au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 019 040. Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex
Autorité de Contrôle : ACPR, 4 place de Budapest 75436 Paris Cedex 9