

NOTICE D'INFORMATION

CONDITIONS GÉNÉRALES COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS

CCN de la Métallurgie (IDCC 3248)

SOMMAIRE

LEXIQUE	4
PRÉAMBULE	11
PARTIE 1 – CONDITIONS GÉNÉRALES COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTÉ	12
TITRE 1 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	12
1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat.	12
1.2. Objet du contrat	12
1.3. Degré élevé de solidarité	12
1.4. Obligations liées à la territorialité.....	13
TITRE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT	14
2.1. Conditions et formalités d’affiliation	14
2.2. Prise d’effet de l’affiliation	16
2.3. Cessation de l’affiliation	17
TITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	18
3.1. Objet des garanties.....	18
3.2. Prise d’effet et cessation des garanties	18
3.3. Les prestations	19
3.4. Règlement des prestations	20
TITRE 4 – MAINTIEN DES GARANTIES	24
4.1. En cas de suspension du contrat de travail.....	24
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité).....	25
4.3. En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et ayants droit de salariés décédés.....	25
TITRE 5 – Cotisations	27
5.1. Montant et structures des cotisations	27
5.2. Modalités de paiement.....	28
5.3. Défaut de paiement	29
TITRE 6 – REFERENCES LEGALES	30
6.1. Fausse déclaration	30
6.2. Déchéance.....	30
6.3. Prescription	30
6.4. Subrogation	31
6.5. Réclamation – Médiation	31
6.6. Juridiction compétente.....	31
6.7. Protection des données à caractère personnel.....	32
6.8. Autorité de contrôle.....	33
TITRE 7 – PIÈCES JUSTIFICATIVES	34
7.1. Pièces nécessaires à l’affiliation.....	34

7.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations	35
PARTIE 2 : CONDITIONS GENERALES SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTÉ RESPONSABLES	37
TITRE 1 – NATURE DU CONTRAT	37
TITRE 2 – PRECISIONS SUR L'APPLICATION DU 100 % SANTÉ	38
2.1. Optique	38
2.2. Dentaire	41
2.3. Aide auditive	41
PARTIE 3 : SERVICES.....	42

LEXIQUE

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans le contrat sont en italiques et sont définis dans ce lexique :

Organisme assistant	IMA ASSURANCES , société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NIORT sous le numéro 481.511.632
Organismes assureurs	AÉSIO Mutuelle , mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS Et APICIL Prévoyance , Institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale., enregistrée sous le N° SIREN 321 862 500. Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE et CUIRE
Le souscripteur	L'entreprise relevant de la Convention Collective nationale de la Métallurgie, signataire du (des) contrat(s) d'adhésion ou des conditions particulières, qui a conclu le(s) contrat(s) d'assurance avec l'organisme assureur au bénéfice des assurés et de leurs ayants droit.
La catégorie assurée	L'ensemble des salariés du souscripteur appartenant à la catégorie assurée définie au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1. « Personnes assurables ».
L'assuré	La personne physique, affiliée au(x) contrat(s), sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.
Les ayants droit	Le conjoint est : <ul style="list-style-type: none">- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),- ou à défaut, le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins.

Les enfants à charge :

sont les enfants de l'assuré et ceux de son conjoint, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie ou ceux qui sont recueillis, dans la mesure où ils répondent, de façon cumulative, aux deux conditions suivantes :

1. d'une part :

- être âgés de moins de 18 ans,
- ou, être âgés d'au moins 18 ans et de 25 ans révolus et remplissent l'une des conditions suivantes :
- être sous contrat d'apprentissage,
- suivre des études secondaires ou supérieures, ou en formation en alternance,
- être inscrit à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi. 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,
- ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés,

2. D'autre part :

- vivre sous le même toit que l'assuré,
- ou, sont fiscalement à charge de l'assuré soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par l'assuré et déduite de ses revenus,
- ou sont fiscalement à charge du conjoint de l'assuré.

Par ailleurs, pour bénéficier des dispositions de maintien de garantie dans le dispositif - Loi EVIN - prévu aux conditions générales sont également considérés comme enfants à charge :

- Les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint, du salarié décédé, sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.
- Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès de l'assuré ou de son conjoint.

Les bénéficiaires

- L'assuré
- Les ayants droit, sous réserve de la structure de cotisation choisie et décrite au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières ainsi que des dispositions mentionnées à l'article 3.2.1. « Prise d'effet des garanties ».

L'accord frais de santé

L'accord frais de santé de la Convention Collective Nationale de la Métallurgie du 7 février 2022.

<p>Contrat socle</p>	<p>C'est le contrat collectif complémentaire à adhésion obligatoire qui intervient immédiatement après la Sécurité sociale et avant un éventuel contrat surcomplémentaire ou options à adhésion facultative. Les dispositions de ce contrat sont conformes à l'accord frais de santé.</p> <p>Le contrat socle se compose de 3 niveaux de couverture au choix de l'entreprise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Base conventionnelle - Base conventionnelle + Option 1 - Base conventionnelle + Option 2 <p>Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « socle ».</p>
<p>Surcomplémentaire</p>	<p>Le contrat surcomplémentaire ou les options à adhésion facultative prévoyant la faculté pour le salarié d'améliorer les garanties et celles de ses ayants droit, selon le choix opéré par le souscripteur dans le cadre du contrat « Socle ».</p> <p>En fonction du choix du souscripteur, l'assuré peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Option 1 - Option 2 <p>Ce contrat ou ces options intervien(nen)t sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le contrat d'assurance maladie complémentaire (contrat socle), dans la limite des frais réels.</p> <p>Dans la suite du texte, le contrat surcomplémentaire ou les options à adhésion facultative seront dénommés le contrat « surcomplémentaire ».</p>
<p>Autres termes utilisés</p>	
<p>Accident</p>	<p>Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.</p>
<p>Actes</p>	<p>Les actes pris en considération sont ceux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement. - non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus au tableau des garanties qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET, ADELI ou RPPS.
<p>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)</p>	<p>Le tarif servant de base de calcul à la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Les BR sont consultables sur le site ameli.fr.</p>

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	<p>Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).</p> <p>Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.</p>
Déclaration sociale nominative (DSN)	<p>La <i>DSN</i> est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.</p>
Forfait patient urgence	<p>La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgences pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.</p>
Franchise	<p>La franchise est une somme déduite par la Sécurité sociale de ses remboursements sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.</p> <p>La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.</p> <p>Voir aussi <i>participation forfaitaire</i></p>
Maladie	<p>Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.</p>
Maternité	<p>Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance <i>maternité</i>.</p>
Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	<p>Ce montant est calculé ainsi :</p> <p>[Base de remboursement (BR)] x [Taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale].</p>
Nomenclatures	<p>Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.</p>

<p>Parcours de soins</p>	<p>Obligation pour tout assuré de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste à l'exception des cas suivants sauf :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en cas d'urgence, - d'éloignement du domicile, - ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé: <ul style="list-style-type: none"> • ophtalmologue, • gynécologue, • stomatologue, • psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans. <p>Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.</p>
<p>Participations forfaitaires et franchise médicale</p>	<p>1. Participation forfaitaire d'un Euro :</p> <p>Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.</p> <p>Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.</p> <p>2. Participation forfaitaire « actes lourds »</p> <p>Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'État et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.</p> <p>Cette participation forfaitaire est remboursée par l'organisme assureur.</p>
<p>Plafond annuel de la Sécurité sociale</p>	<p>Plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1er janvier. Il est utilisé pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le calcul du montant des cotisations, - certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. <p>Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr</p>
<p>Portabilité</p>	<p>Dispositif qui permet le maintien des garanties frais de santé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pendant une certaine durée.</p>
<p>Prestations en nature</p>	<p>Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.</p>
<p>Procédures collectives</p>	<p>Procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.legifrance.fr</p>

<p>Reste à charge</p>	<p>Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué :</p> <p>du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par la Sécurité sociale) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ; - des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ; - de l'éventuel forfait journalier hospitalier ; - des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. <p>L'organisme assureur couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.</p> <p>La participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur.</p>
<p>Secteur conventionné</p>	<p>L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge des bénéficiaires.</p>
<p>Secteur conventionné non</p>	<p>L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.</p>
<p>Sécurité sociale (Régime obligatoire)</p>	<p>Régime général de Sécurité sociale française ou Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle dont dépendent les bénéficiaires.</p>
<p>Service médical rendu (S.M.R.) :</p>	<p>Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la Sécurité sociale.</p>
<p>Sinistre</p>	<p>La survenance des soins</p>
<p>Support durable</p>	<p>Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique ;</p>
<p>Ticket Modérateur</p>	<p>Participation de l'assuré aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale.</p> <p>Le Ticket Modérateur est égal à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé (MR) par celle-ci.</p>

UNOCAM

Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, association, fondée le 23 mai 2005, représente à travers ses membres tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire. Ces derniers échangent et se concertent pour construire des positions communes sur toute question relative à l'assurance maladie et à l'évolution du financement du système de santé. Dans ce cadre, l'UNOCAM a établi un « glossaire » explicatif des termes utilisés par les différents acteurs permettant aux assurés de mieux comprendre leurs garanties.

Ce « glossaire » est consultable sur :

<https://unocam.fr/glossary/>

PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la Convention Collective Nationale de la Métallurgie.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel frais de santé, au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de l'Accord frais de santé.

L'employeur relevant de la Convention Collective Nationale de la Métallurgie, adhère au(x) contrat(s) frais de santé mis en œuvre par l'organisme assureur définis au Lexique de la présente notice d'information.

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

PARTIE 1 – CONDITIONS GÉNÉRALES COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTÉ

TITRE 1 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

Les présentes conditions générales communes (Partie 1) s'appliquent pour la souscription du ou des contrats. En complément des dispositions communes exposées à la présente Partie 1, s'appliquent les conditions générales spécifiques aux contrats responsables de la Partie 2.

Le contrat relève des branches d'activité 1 (Accidents) et 2 (maladie).

1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat.

Selon les modalités choisies par le souscripteur et rappelées en deuxième page de la présente notice d'information le contrat souscrit est :

- un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire (« contrat socle »),
- Complété le cas échéant d'un contrat surcomplémentaire.

Ces contrats sont juridiquement distincts. La souscription du contrat socle n'emporte pas de plein droit souscription du contrat surcomplémentaire. Le contrat surcomplémentaire ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément du contrat socle collectif obligatoire.

Selon le choix de la structure des cotisations par le souscripteur, les ayants droit peuvent bénéficier des garanties du contrat à titre obligatoire ou facultatif.

1.2. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux membres de la catégorie assurée le remboursement de tout ou partie de frais de santé à hauteur des garanties souscrites et dans la limite de la dépense réellement engagée.

Il ouvre droit à des garanties d'assistance. La notice d'information de l'assisteuse est jointe à la présente notice d'information.

1.3. Degré élevé de solidarité

La Convention Collective Nationale de la Métallurgie a instauré un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Dans le cadre de ses missions, Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) détermine les orientations des actions de prévention ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'action sociale mises en œuvre par le fonds de solidarité, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement. Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé, conformément aux dispositions conventionnelles, à 2% des cotisations hors taxes au titre du régime conventionnel de base obligatoire ainsi qu'au titre des options mises en place à titre obligatoire par l'entreprise adhérente, pour les populations salariées et les ayants droit.

1.4. Obligations liées à la territorialité

L'entreprise doit être domiciliée en France ou pour les entreprises dont le siège se situe à l'étranger l'établissement avec lequel le contrat est conclu doit être situé en France. En conséquence l'activité de l'entreprise souscriptrice est réputée s'exercer en France Métropolitaine.

L'assuré bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

- sur le territoire français

ou

- hors de ce territoire lorsqu'il bénéficie d'une prise en charge de la Sécurité sociale :

- lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
- ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale, et dans les conditions prévues à l'article 3.3.1. « Territorialité de la couverture - soins à l'étranger ».

TITRE 2. DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT

2.1. Conditions et formalités d’affiliation

2.1.1. Personnes assurables

Dans le cadre du contrat socle collectif à adhésion obligatoire, et sous réserve qu’elles aient été déclarées à l’organisme assureur, les personnes pouvant être assurées sont :

- la totalité des salariés du souscripteur, appartenant à la catégorie assurée définie au contrat d’adhésion ou aux conditions particulières. :
 - ceux dont le contrat de travail est en vigueur,
 - en suspension de contrat de travail visés aux articles 4.1.1. et 4.1.2. (rémunérés ou en période de réserves militaires ou policières)

Par dérogation, les salariés peuvent se prévaloir auprès de leur employeur, d’une dispense de droit telle que visée par les articles L.911-7 III 2ème alinéa du code de la Sécurité sociale et D.911-2 et suivants du code de la Sécurité sociale.

- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant d’un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la portabilité

Cas particuliers :

Les personnes dont le contrat de travail est suspendu non visées aux articles 4.1.1. et 4.1.2., peuvent aussi bénéficier du contrat à titre facultatif notamment dans les situations suivantes :

- congé parental d’éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé sabbatique,
- création d’entreprise.

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

Ce maintien de garanties s’effectue dans les conditions et modalités de financement spécifiées à l’article 4.1.3. des Conditions Générales.

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, toutes les personnes définies ci-avant, peuvent bénéficier du contrat, si elles le souhaitent.

REMARQUE :

Les ayants droit bénéficient ou peuvent bénéficier selon la structure des cotisations retenue par le souscripteur des garanties souscrites au titre du salarié assurable dans les conditions de l’article 3.2.1. « Prise d’effet des garanties ».

2.1.2. Formalités d'affiliation

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN (le choix d'option par le salarié et la déclaration des ayants droit etc...)

Sur demande de l'organisme assureur, les personnes assurables doivent alors accomplir les formalités d'affiliation suivantes :

- si nécessaire, transmettre les formulaires individuels d'affiliation signés,
- selon le niveau de couverture du contrat socle, choisir l'option de garanties,
- déclarer ses éventuels ayants droit à couvrir à titre obligatoire ou facultatif.

Les éléments d'affiliation ci-dessus doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par le souscripteur. La prise d'effet de l'affiliation est fixée conformément aux dispositions du contrat.

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, les salariés peuvent demander leur adhésion conformément aux dispositions ci-avant et déclarer le cas échéant les ayants droit à couvrir uniquement dans les trois mois qui suivent la date :

- d'effet du contrat,
- d'entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation du contrat obligatoire),
- de changement de situation familiale (mariage, Pacs, concubinage ou naissance...).
- A défaut, elle prend effet au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

Les ayants droit couverts au titre du contrat surcomplémentaire sont les mêmes que ceux couverts au titre du contrat socle.

2.1.3. Choix du niveau de couverture par le souscripteur dans le cadre du contrat socle

Le choix effectué par le souscripteur rappelé en deuxième page de la notice d'information, s'impose à l'ensemble des salariés et de ses éventuels ayants droit couverts par le contrat socle.

2.1.4. Choix d'options par l'assuré dans le cadre du contrat surcomplémentaire

L'assuré peut s'affilier au contrat surcomplémentaire à adhésion facultative si ce dernier est souscrit par son entreprise.

Selon le choix opéré par le souscripteur en deuxième page de la notice d'information, au titre du niveau de couverture du contrat socle collectif à adhésion obligatoire et au titre du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, l'assuré peut avoir le choix entre l'option 1 et l'option 2.

- Choix de l'option

L'assuré exprime son choix lors de son affiliation, en remplissant le formulaire individuel d'affiliation. Ce choix s'applique à l'assuré et à l'ensemble de ses ayants droit.

- Modalités de changement d'option

Dans le cas où l'assuré a le choix entre l'option 1 et l'option 2, l'assuré peut modifier son choix vers une option supérieure ou inférieure dans les trois mois qui suivent :

- la date d'effet du contrat,
- la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée,
- un changement de situation de famille,
- toute modification de la part de l'organisme assureur sur l'une des options choisies.

Ce changement intervient au 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'organisme assureur.

En dehors des cas ci-dessus, l'assuré peut modifier son choix tous les deux ans. La demande de modification doit parvenir à l'organisme assureur avant le 31 décembre pour une prise d'effet au 1er janvier suivant. **En tout état de cause, l'assuré peut dénoncer son adhésion individuelle à l'option selon les modalités définies à l'article 1.4 « durée du contrat – renouvellement ».**

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet dans les conditions suivantes sous réserve de la réception du formulaire individuel d'affiliation dans les délais prévus à l'article 2.1. « Conditions et formalités d'affiliation ».

Si le formulaire individuel d'affiliation n'est pas transmis dans ce délai ou s'il est incomplet, l'affiliation sera effective au lendemain de la réception du formulaire et l'ensemble des pièces.

2.2.1.A la souscription du contrat

Dans le cadre du contrat socle collectif à adhésion obligatoire, l'affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat.

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, l'affiliation des personnes assurables souhaitant bénéficier du contrat prend effet au plus tôt à la même date que le contrat socle à adhésion obligatoire.

2.2.2.En cours de contrat

Dans le cadre du contrat socle collectif à adhésion obligatoire, l'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation...).

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, l'affiliation des personnes assurables souhaitant bénéficier du contrat prend effet au plus tôt le jour de l'entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation au contrat obligatoire, de changement de la situation de famille...) sous réserve d'en faire la demande dans les trois mois qui suivent l'évènement. A défaut, elle prend effet au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

2.3. Cessation de l'affiliation

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque assuré comme suit :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3. « Défaut de paiement »,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie assurée,
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 4.1. « En cas de suspension du contrat de travail »,
- à la date de rupture du contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail »,
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite,
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif,
- à la date du décès de l'assuré.

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative, l'assuré peut résilier son affiliation (et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droit) selon les mêmes modalités que celles prévues en cas de résiliation du contrat à l'article 1.4. « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat » :

- dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie en cas de modification apportée à leurs droits et obligations,
- au plus tard le 31 octobre de la première année d'affiliation (effet au 31 décembre minuit),
- à tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat (effet un mois de date à date à compter de la réception).

Après expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation, il peut dénoncer celle-ci sans frais ni pénalités en application des dispositions prévues par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019. La dénonciation de l'affiliation prend effet à défaut d'accord des parties un (1) mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de l'assuré.

Lorsque l'assuré a le droit de dénoncer l'affiliation, la notification de la dénonciation de l'affiliation peut être effectuée, au choix de l'assuré :

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

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Dans le cas où l'assuré souhaite dénoncer son affiliation conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'assuré souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

Une nouvelle affiliation au contrat surcomplémentaire à adhésion facultative est possible à l'issue d'un délai de deux années civiles suivant la résiliation.

TITRE 3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

3.1. Objet des garanties

Les garanties concernent le remboursement de toutes dépenses liées à une maladie, une maternité ou à un accident :

- **dans la limite des frais réels engagés par les bénéficiaires,**
- **ayant donné lieu au versement de prestations par la Sécurité sociale.**

Le contrat peut prévoir le remboursement des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont indiqués au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées ci-après.

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1. Prise d'effet des garanties

- **Pour les assurés**

L'assuré bénéficie des garanties à partir de la date d'effet de son affiliation au contrat.

- **Pour les ayants droit**

Les ayants droit peuvent bénéficier des mêmes garanties du contrat à titre obligatoire ou facultatif selon la structure de cotisation choisie par le souscripteur.

Sous réserve **qu'ils aient été déclarés dans les délais prévus à l'article 2.1. « Conditions et formalités d'affiliation » à l'organisme assureur**, les garanties prennent effet :

- à la même date que les garanties de l'assuré,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- à la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'une dispense d'affiliation si la couverture des ayants droit est à titre obligatoire,
- à défaut, au lendemain de la demande.

3.2.2. Cessation des garanties

- **Pour les assurés**

L'assuré ne bénéficie plus des garanties à la date de cessation de son affiliation.

- Pour les ayants droit

Les ayants droit ne bénéficient plus des garanties :

- à la même date que celle de l'assuré,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions d'ayant droit,
- à la date à laquelle ils bénéficient d'un contrat collectif obligatoire,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3. « Défaut de paiement »,
- dans le cadre du contrat à titre facultatif, au 31 décembre de l'année à laquelle l'assuré ne souhaite plus le faire bénéficier du contrat. La demande doit être faite au plus tard le 31 octobre de la même année

3.3. Les prestations

Le montant des prestations mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information de chaque contrat souscrit, est exprimé en « remboursement de la Sécurité sociale inclus ».

Le contrat surcomplémentaire peut prévoir des options au choix de l'assuré qui déterminent le montant des prestations.

Les prestations prises en compte par l'organisme assureur pour le calcul des remboursements sont celles en vigueur à la date des soins.

- Pour les actes référencés par la Sécurité sociale, la date des soins est celle retenue par la Sécurité sociale.
- Pour les actes non référencés par la Sécurité sociale, la date des soins est celle de facturation ou celle de la réalisation des actes.

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur **dans un délai de deux ans à compter de la date des soins** tel que prévu à l'article 6.3. « Prescription ».

3.3.1. Territorialité de la couverture - soins à l'étranger

Les soins effectués à l'étranger **peuvent être remboursés sous réserve de respecter les trois conditions cumulatives suivantes, à savoir :**

- survenir dans l'une des situations définies à l'article 1.5.3. « Obligations liées à la territorialité »,
- avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Les remboursements de ces soins suivent les règles suivantes :

- ils sont établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale,
- ils sont effectués en euros, dans la limite des garanties du contrat.

Les soins médicaux pratiqués à l'étranger sont remboursés comme ceux des médecins non Optam.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.

3.3.2. Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- les actes référencés ou non par la Sécurité sociale, et non remboursés par cet organisme sauf mention contraire au tableau des garanties et renvois associés dans la limite des montants exprimés,
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires,
- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraire sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale, laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration des Conditions Générales s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

- les dépassements d'honoraires si ces derniers ne figurent pas sur les feuilles de soins et/ou les factures d'hospitalisation, déclarés à la Sécurité sociale,
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement.

A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR),

- tout équipement optique composé de verres plans (neutres) ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas de prise en charge par la Sécurité sociale,
- l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée).

3.4. Règlement des prestations

Le règlement des prestations peut s'effectuer via ou hors Noémie :

3.4.1. Via NOEMIE

NOEMIE est une procédure de traitement automatique des remboursements mise en place entre la Sécurité sociale et l'organisme assureur.

Il appartient à l'assuré de demander à bénéficier de ce service auprès de la Sécurité sociale.

Elle autorise l'organisme assureur à établir une liaison directe avec la caisse de Sécurité sociale des bénéficiaires. Les bénéficiaires peuvent ainsi obtenir un remboursement automatique de l'organisme assureur dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Les pièces complémentaires nécessaires au remboursement à adresser à l'organisme assureur sont listées au Titre 7 « Pièces justificatives ».

3.4.2. Hors NOEMIE

Lorsque l'assuré n'a pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple en cas de paiement du ticket modérateur, il doit adresser les décomptes de la Sécurité sociale et/ou une facture dûment acquittée à l'organisme assureur pour obtenir le remboursement.

La transmission par NOEMIE est inopérante si les bénéficiaires :

- sont déjà affiliés à une autre complémentaire santé,
- refusent ce service en le notifiant par écrit à l'organisme assureur,
- s'acquittent du ticket modérateur,
- ou si les ayants droit sont affiliés à un régime spécial de Sécurité sociale (régime minier, régime de la fonction publique...).

- Recouvrement des prestations

L'organisme assureur se réserve le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées (y compris en cas de versement à tort par la Sécurité sociale).

3.4.3. Cumul d'organismes assureurs

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie souscrite.

Le total des remboursements :

- **de l'organisme assureur au titre d'un contrat socle et le cas échéant de l'option choisie au titre du contrat surcomplémentaire,**
- **de ceux de la Sécurité sociale,**
- **de tout autre organisme complémentaire,**
- **ainsi que les pénalités financières hors parcours de soin,**
- **la contribution forfaitaire et les franchises médicales,**

ne peut excéder le montant des frais engagés.

Il en est de même pour les prestations exprimées en forfait annuel. Tout forfait n'est ni reportable ni cumulable d'une année sur l'autre.

3.4.4. Tiers payant

- La mise en œuvre du tiers payant

Le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour que le tiers payant s'applique il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant de l'organisme assureur et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'organisme assureur soient fournies.

Dans les cas cités ci-dessus, le bénéficiaire devra avancer une partie des les frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives mentionnées au contrat à l'organisme assureur afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

Spécificité du tiers payant pour le « 100 % Santé » :

Dans le cadre du « 100 % Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis règlementairement.

- La carte de tiers payant papier et/ou dématérialisée

L'organisme assureur adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhérent/identifiant de l'assuré lui permettant de se connecter à son espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- les coordonnées de l'organisme assureur.

A compter du jour où les garanties cessent, l'assuré et ses éventuels ayants droit ne doivent plus utiliser leur carte de tiers payant ou attestation et doivent en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée (exemple : Pharmacien).

Si des versements sont effectués à tort par l'organisme assureur auprès des professionnels de santé, l'assuré devra les rembourser.

La carte de tiers payant ou attestation peut également être consultée ou téléchargée par l'assuré sous format dématérialisé depuis son Espace client (accessible sur ordinateur, tablette, smartphone ou application mobile).

Cette version dématérialisée étant le strict reflet des droits de l'assuré et de ses bénéficiaires au jour du téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

3.4.5. Contrôle médical

L'organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout bénéficiaire demandant des prestations au titre des garanties de son contrat, avant ou après le paiement des prestations.

L'organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si le bénéficiaire refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'organisme assureur, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, désigné par le président du tribunal compétent de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

TITRE 4. MAINTIEN DES GARANTIES

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité ...) versé par le souscripteur,

ou

- en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie.

Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les assurés en activité.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

4.1.2. Suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que les assurés en activité.

4.1.3. Suspension du contrat de travail non rémunéré

En cas de suspension du contrat de travail non visée aux articles 4.1.1. et 4.1.2. « Suspension du contrat de travail rémunérée », les garanties sont suspendues.

Toutefois, pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors que le paiement de la cotisation a été effectué pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Par ailleurs, au-delà de cette période, les assurés peuvent continuer à bénéficier des garanties lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour :

- congé parental d'éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé sabbatique,
- création d'entreprise,

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

Le souscripteur doit informer l'organisme assureur de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'assuré doit demander à l'organisme assureur le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

4.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'assuré et ses ayants droit couverts au titre du contrat au moment de la cessation du contrat de travail bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties (portabilité).

Le souscripteur doit en aviser l'organisme assureur dans un délai de trente jours suivant la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

Il dure tant que l'indemnisation chômage est versée, et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié,

ou le cas échéant,

- des derniers contrats de travail consécutifs chez le souscripteur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

Le maintien des garanties cesse à la date de la :

- cessation du versement des allocations chômage par Pôle Emploi quelle qu'en soit la cause,
- liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié,
- cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit,
- résiliation du contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

En cas de modifications du contrat d'assurance, celles-ci sont appliquées dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, à l'ancien salarié et à ses ayants droit.

4.3. En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et ayants droit de salariés décédés

Après rupture du contrat de travail d'un assuré, ce dernier bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi et ayant épuisé ses droits à la portabilité, peut demander :

- à bénéficier pour lui seul du maintien des garanties. Ce maintien ne concerne pas ses ayants droits. Les garanties sont celles existantes au moment de la rupture du contrat de travail. Des conditions tarifaires encadrées réglementairement s'appliquent en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin »),

ou

- à souscrire un contrat adapté à sa nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « d'accueil »).

Au décès du salarié, ses ayants droits bénéficiaires du contrat peuvent également demander à bénéficier d'un maintien des garanties (contrat loi « Évin ») ou à souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation (contrat « d'accueil »).

Le choix effectué doit être adressé par écrit à l'organisme assureur.

4.3.1.Modalités et prise d'effet du maintien des garanties

Le souscripteur doit informer l'organisme assureur dans un délai de trente jours :

- de la rupture du contrat de travail d'un salarié, pouvant prétendre au maintien individuel des garanties,
- ou
- du décès d'un salarié dont les ayants droit peuvent prétendre au maintien.

L'organisme assureur leur adressera la proposition de couverture correspondante.

La demande de souscription doit être faite dans les six mois suivants :

- la rupture du contrat de travail
- ou le terme de la portabilité
- ou le décès du salarié.

Aucune formalité médicale ou délai d'attente ne sera demandée.

Les garanties prendront effet le jour de la demande et au plus tôt le lendemain :

- de la rupture du contrat de travail
- ou du terme de la portabilité
- ou du décès du salarié.

4.3.2. Garanties proposées dans le cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (contrat loi « Évin »)

Le maintien des garanties aux anciens salariés est viager.

Le maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé cesse, quant à lui, au terme d'une période de douze mois à compter du décès.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien des garanties.

4.3.3.Garanties proposées hors du cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (« contrat d'accueil »)

Le contrat qui sera proposé s'adaptera aux besoins de couverture de frais de santé et aux ressources :

- des anciens salariés et le cas échéant leur permettra de couvrir leurs ayants droit,
- des ayants droit d'un salarié décédé.

Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

TITRE 5. COTISATIONS

5.1. Montant et structures des cotisations

5.1.1. Assiette et montant

Les garanties sont accordées moyennant le paiement des cotisations annuelles.

La cotisation est déterminée en fonction :

- du niveau de couverture choisi par le souscripteur au titre du contrat socle à adhésion obligatoire soit :
 - Base conventionnelle
 - Base conventionnelle + Option 1
 - Base conventionnelle + Option 2
- de l'amélioration du niveau de couverture auquel s'affilie l'assuré (et ses éventuels ayants droit) au titre du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative par rapport au niveau de couverture choisi par le souscripteur au titre du contrat socle ;
- de la zone tarifaire du lieu d'implantation géographique de l'entreprise ou des particularités du régime local d'Alsace Moselle ;
- de la structure des cotisations retenue par le souscripteur ;
- des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale. Dans ce cas, elle suit l'évolution de ce dernier.

5.1.2. Structures des cotisations

En fonction du choix du souscripteur, et selon la situation familiale de l'assuré les cotisations sont structurées conformément au tableau ci-après.

Structures des cotisations	Les personnes assurées	Les cotisations à payer
Assuré seul (isolé) / Conjoint / Enfant	Assuré seul <i>conjoint</i> enfant(s)*	1 cotisation pour l' <i>assuré</i> 1 cotisation pour le <i>conjoint</i> 1 cotisation par enfant*
Assuré seul (isolé) / Duo / Famille	Assuré seul Assuré + 1 <i>conjoint</i> ou 1 enfant Assuré + Ayants droit	1 cotisation pour l' <i>assuré</i> 1 cotisation pour tous 1 cotisation pour tous
Assuré seul (isolé) / Famille	Assuré seul Assuré + Ayants droit	1 cotisation pour l' <i>assuré</i> 1 cotisation pour tous
Tarif unique Famille	Assuré + Ayants droit	1 cotisation pour tous
Assuré et enfant(s) / Conjoint	Assuré + (N) enfant(s) <i>conjoint</i>	1 cotisation pour l' <i>assuré</i> et l'(es) enfant(s) 1 cotisation pour le <i>conjoint</i>

* **A compter du 3eme enfant, aucune cotisation supplémentaire n'est due.**

La structure de cotisation choisie pour le contrat collectif surcomplémentaire est identique de celle choisie pour le contrat socle obligatoire.

En cas d'évolution de la situation familiale de l'assuré, la cotisation évolue sous réserve :

- de la déclaration par l'assuré dans les conditions de l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation »,
- que les ayants droit puissent bénéficier des garanties du contrat dans les conditions de l'article 3.2. « Prise d'effet et cessation des garanties ».

5.2. Modalités de paiement

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables :

- **Dans le cadre du contrat socle à adhésion obligatoire, par le souscripteur**, trimestriellement ou mensuellement à terme échu dans les dix premiers jours de chaque échéance.

Le souscripteur est le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Le souscripteur doit respecter les obligations mentionnées à l'article 1.5.

Si la structure de cotisations retenue est :

- ✓ la structure « Assuré seul/Conjoint/Enfant », la couverture des ayants droit est facultative, l'assuré est redevable de la part de ces cotisations dans les mêmes conditions que le contrat à adhésion facultative.
- ✓ la structure « Assuré et enfant(s) / Conjoint », la couverture du conjoint est facultative, l'assuré est redevable de la part de cette cotisation dans les mêmes conditions que le contrat à adhésion facultative.
- **Dans le cadre du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative, soit :**
 - ✓ par l'assuré dans les conditions définies dans les conditions particulières ou dans le formulaire individuel d'affiliation. L'assuré est le seul responsable du paiement des cotisations.
 - ✓ par le souscripteur trimestriellement ou mensuellement à terme échu dans les dix premiers jours de chaque échéance. Le souscripteur est le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

- Proratation des cotisations

Lorsque le contrat est résilié, le souscripteur, ou le cas échéant dans le cadre d'un contrat à adhésion facultative l'assuré, **ne sont redevables de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert**. Cette période est calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.

5.3. Défaut de paiement

L'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au souscripteur ou à l'assuré selon le cas, en cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance.

Si le paiement des cotisations n'intervient pas :

- **Dans le cadre du contrat socle à adhésion obligatoire** : les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure au souscripteur et le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

La résiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des bénéficiaires.

Dans le cas de l'extension facultative aux ayants droit, le non-paiement de la cotisation par l'assuré entraîne la cessation de la couverture des ayants droit quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'assuré.

- **Dans le cadre du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative** : l'affiliation de l'assuré cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

La cessation de l'affiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des bénéficiaires.

Dans tous les cas, restent à payer les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'affiliation des assurés ou des ayants droit.

L'organisme assureur a la faculté de poursuivre le recouvrement des cotisations par tous moyens de droit.

TITRE 6. REFERENCES LEGALES

6.1. Fausse déclaration

Les déclarations du souscripteur et de l'assuré servent de base à l'application des garanties.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et facultative :

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de la part du souscripteur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'organisme assureur.

L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Les cotisations payées restent acquises.

6.2. Déchéance

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

6.3. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire intente une action en justice à l'encontre de l'organisme assureur et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par le souscripteur, l'assuré ou le bénéficiaire.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même Code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même Code.

La prescription est également interrompue 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'organisme assureur adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou ses ayants droit adresse(nt) à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

6.4. Subrogation

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

Lors de la demande de prestation suite à un dommage causé par un tiers responsable, l'organisme assureur doit être informé par l'assuré ou ses ayants droit.

6.5. Réclamation – Médiation

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation peut être formulée :

- Par téléphone au numéro indiqué sur la carte de tiers-payant appel non surtaxé)
- auprès d'une agence : la liste de nos agences est disponible sur notre site aesio.fr

En cas de réponse non satisfaisante, le Service Réclamations peut être saisi :

- En complétant le formulaire de réclamation disponible en agence
- Via le formulaire de contact de l'espace adhérent, accessible depuis notre site aesio.fr
- Par courrier : AÉSIO mutuelle – Service Réclamations –TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX

L'organisme assureur dispose d'un délai de dix (10) jours maximum à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour en accuser réception.

Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite.

En cas de désaccord avec l'organisme assureur, le réclamant peut avoir recours à la procédure gracieuse de médiation. Cette procédure est accessible dans le cadre d'une situation litigieuse non résolue, dans le délai d'un an après l'épuisement des voies de recours internes en vigueur au sein de l'organisme, c'est-à-dire après avoir reçu une réponse écrite négative du service réclamations, ou deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite.

Le médiateur peut être saisi :

- Par courrier : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15
- Via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr>

6.6. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

6.7. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le Souscripteur reconnaît avoir été informée par l'organisme assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel de l'Assuré et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) de l'Assuré ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins de l'Assuré et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits, l'évaluation ou l'anticipation des changements de situation des membres participants et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'Assuré ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant et concernant ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données de l'assuré et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de l'organisme assureur ainsi que des tiers autorisés par l'assureur, et notamment ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités.

L'organisme assureur s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

L'assuré est informé que l'organisme assureur peut être amené au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, l'organisme assureur met en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

L'organisme assureur est susceptible de traiter des données personnelles collectées par l'entreprise. L'organisme assureur est également susceptible de traiter des données personnelles de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), l'assuré et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. L'assuré et ses ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par l'assuré et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO Mutuelle, Délégué à la protection des données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS
- par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

L'assuré et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

6.8. Autorité de contrôle

L'organisme assureur et l'assisteurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – **ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.**

TITRE 7. PIÈCES JUSTIFICATIVES

7.1. Pièces nécessaires à l'affiliation

- Quelle que soit la nature du contrat obligatoire ou facultative :

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations.
Ensemble des <i>bénéficiaires</i>	La photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la <i>Sécurité sociale</i> .
Partenaire de PACS ou concubin	Une déclaration sur l'honneur signée de l' <i>assuré</i> et de son concubin OU de son partenaire de PACS. Tout justificatif de domicile commun de l' <i>assuré</i> et de son concubin
Pour les <i>enfants à charge</i> qui ne figurent pas sur l'attestation de carte vitale de l'<i>assuré</i> :	Une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s), Le cas échéant, une copie : <ul style="list-style-type: none">- du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année),- du contrat d'apprentissage ou d'alternance,- d'une attestation d'inscription à Pôle emploi,- de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion, de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

- Dans le cas d'un contrat collectif à adhésion facultative, lorsque la cotisation est réglée directement par l'assuré :

Type de bénéficiaire	Pièce à fournir
Assuré	Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations.

7.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées dans le tableau ci-dessous.

Le délai de remboursement des prestations ne court qu'à compter de la réception complète des pièces qui auront été demandées par l'organisme assureur.

Toute somme versée à tort sera réclamée par l'organisme assureur.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Ces pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

- Pour la liquidation de certains actes complexes :

Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, l'organisme assureur appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans à compter de la date des soins, l'organisme assureur procédera à la régularisation à hauteur des garanties.

- Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

Si l'assuré ne transmet pas les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur avant ou après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. L'assuré devra restituer le montant des prestations indument versées.

Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir
Traitement par Noémie	
Hospitalisation	Facture acquittée mentionnant les <i>actes</i> effectués, leurs codifications et les montants réglés Justificatif de la demande de la chambre particulière par l' <i>assuré</i> et de son montant Le cas échéant, devis accepté par l' <i>assuré</i> avec les dépassements d'honoraires pour les <i>actes</i> médicaux
Cure thermale	Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement
Optique	Facture détaillée et acquittée Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien
Dentaire	Facture détaillée et acquittée mentionnant les <i>actes</i> effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	Facture détaillée et acquittée par l' <i>assuré</i> Le cas échéant, prescription médicale Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Maternité	Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	La copie du jugement d'adoption

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	Décompte de la <i>Sécurité sociale</i> complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le <i>ticket modérateur</i> .
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'Etat ⁽¹⁾ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS. ⁽³⁾
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale ⁽²⁾	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée et précisant le nom du produit

(1) **Les acupuncteurs** doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

(2) Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : <http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search>

(3) **RPPS** : répertoire partagé des professionnels de santé

PARTIE 2 : CONDITIONS GENERALES SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTE RESPONSABLES

Ces dispositions complètent la partie 1 des conditions générales communes aux contrats collectifs santé.

TITRE 1. NATURE DU CONTRAT

Le contrat souscrit est « solidaire et responsable ».

Il est « **solidaire** » lorsque le montant des cotisations ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.

Il est « **responsable** » lorsqu'il respecte les conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

En conséquence, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, sauf pour :
 - les frais de cure thermale,
 - les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou 30 %,
 - les spécialités et les préparations homéopathiques,
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- l'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique,
- les prestations 100 % SANTE précisées ci-dessous,
- l'intégralité du « forfait journalier hospitalier » des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée,
- Le forfait patient urgence.

Le contrat peut prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Dans ce cas :

- le remboursement est minoré de 20 % de la base de remboursement du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, et
- le remboursement est limité à 200 % de la base de remboursement.

Si le contrat est à adhésion obligatoire, il prend en charge en plus des prestations prévues au contrat responsable, les remboursements suivants :

- au moins à 125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale (pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2. du Code de la sécurité sociale),
- un montant minimum pour des équipements d'optique (verres et monture) de classe B (définie au paragraphe « Précisions sur l'application du 100 % Santé ») soumis au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés par l'assuré.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties du contrat respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge.

À ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % Santé en optique, dentaire et pour les aides auditives.

Dans le cadre du 100 % Santé, le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et aide auditive sans reste à charge, c'est à dire à hauteur :

- des prix limites de vente,
et
- des honoraires limites de facturation.

TITRE 2. PRECISIONS SUR L'APPLICATION DU 100 % SANTE

Le contrat comporte des garanties optique, dentaire ou aide auditive, les définitions suivantes s'appliquent :

2.1. Optique

- Généralités

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont proposées :

- L'équipement optique de « classe A » est sans reste à charge pour l'assuré : il est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % Santé ».
- L'équipement optique de « classe B » : il est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique** (verres et monture), le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à l'équipement du bénéficiaire, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

Les verres plans (neutres) ne sont pas remboursés sauf condition d'appairage. Il s'agit de verres sans correction (dioptrie égale à 0).

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis ci-dessous :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRES COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(*) Sphère supérieure à une dioptrie de $-1,8D$ soit $-9D$

- Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est calculée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale ou par l'organisme assureur, depuis le 1er janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de	1 an pour le renouvellement de la prise	Renouvellement de la prise en

renouvellement dérogatoire	en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<p>variation 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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;</p> <p>variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;</p> <p>variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.</p>	
Constatation de l'évolution de la vue	soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2.2. Dentaire

Trois paniers de soins prothétiques sont définis ci-dessous :

- Un panier « **100 % Santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) : il est remboursé sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation ». Ces derniers s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés** : il est remboursé sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation » et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres** : il permet de choisir librement les techniques et les matériaux. Il est remboursé dans la limite des garanties prévues au contrat.

2.3. Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont définies ci-dessous :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : il est remboursé sans pouvoir dépasser les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % Santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : il est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond :
 - n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.
 - inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par la Sécurité sociale.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant sa date de facturation, et qui a fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale ou par l'organisme assureur. Le délai court indépendamment pour l'équipement.

PARTIE 3 : SERVICES

VOTRE CONTACT MUTUELLE

Les coordonnées du centre de gestion sont mentionnées sur la carte de tiers payant de l'assuré.

L'ASSISTANCE

Vous pouvez bénéficier des prestations de la garantie assistance souscrite par l'organisme assureur auprès d'IMA-ASSURANCES. La garantie assistance cesse le jour où vos garanties "frais de santé" cessent de produire leurs effets.

IMA-ASSURANCES assume l'entière responsabilité de la fourniture des garanties d'assistance et effectue la gestion des sinistres y afférant conformément aux dispositifs prévus aux conditions générales. Ces dossiers sont gérés directement avec les bénéficiaires.

L'assistance offre un ensemble de services susceptibles de réorganiser votre vie familiale perturbée en cas d'urgence médicale ou d'hospitalisation. La notice assistance jointe en annexe présente l'ensemble des services accessibles (aide à domicile, garde des enfants, soutien pédagogique, ...).

RÉSEAU DE SOINS CARTE BLANCHE

Le Membre participant a accès aux professionnels de santé dans le cadre du réseau « Carte Blanche », mis en place par la Mutuelle afin d'optimiser le service rendu à ses adhérents.

Plus d'information sur notre site internet [aesio.fr](https://www.aesio.fr) et sur votre espace adhérent.

MédecinDirect : service gratuit de consultation médicale à distance (*) : - Un accès à une consultation médicale 7j/7 et 24h/24 où que vous soyez - Une prise en charge rapide et un diagnostic complet - Une information médicale 100% confidentielle et sécurisée délivrée par des médecins inscrits au CNOM (**) - La délivrance d'une ordonnance en ligne si besoin. * notre partenaire MédecinDirect intervient en soutien à la médecine de terrain dans le cadre du parcours de soins. En cas de doute ou d'urgence, appelez votre médecin traitant ou le 112. ** CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins Plus d'informations sur <https://www.aesio.fr/> ou en se connectant directement sur medecindirect.fr