

FRAIS DE SANTÉ

Organismes de formation

Contrat collectif à adhésion obligatoire

NOTICE D'INFORMATION

1^{er} janvier 2021

« Régime socle »

SOMMAIRE

DOCUMENT A SIGNER ET A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR	5
LEXIQUE	7
TITRE 1 - DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT	10
1.1 Objet du contrat	
1.2 Degré élevé de solidarité	
1.3 Obligations d'information du souscripteur	
TITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES À L’AFFILIATION AU CONTRAT	13
2.1 Conditions et formalités d'affiliation	
2.2 Prise d'effet de l'affiliation	
2.3 Effet de l'affiliation	
2.4 Cessation de l'affiliation	
TITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	15
3.1 Objet des garanties	
3.2 Prise d'effet et cessation des garanties	
3.3 Les prestations	
3.4 Territorialité de la couverture - Soins à l'étranger	
3.5 Limites de garanties - Exclusions	
3.6 Critères du contrat responsable et couverture minimale	
3.7 Limitation du remboursement des chambres particulières	
3.8 Règlement des prestations	
3.9 Cumul d'organismes assureurs	
3.10 Tiers payant	
3.11 Contrôle médical	
3.12 Prise en charge hospitalière	
TITRE 4 - MAINTIEN DES GARANTIES	20
4.1 En cas de suspension du contrat de travail	
4.2 En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)	
4.3 En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés	
4.4 En cas de résiliation du contrat	

TITRE 5 - COTISATIONS	23
5.1 Montant et structure des cotisations	
5.2 Modalités de paiement des cotisations	
5.3 Défaut de paiement	
TITRE 6 - RÉFÉRENCES LÉGALES	23
6.1 Déchéance	
6.2 Prescription	
6.3 Subrogation	
6.4 Réclamation - Médiation	
6.5 Juridiction compétente	
6.6 Protection des données à caractère personnel	
6.7 Autorité de contrôle	
TITRE 7 - PIÈCES JUSTIFICATIVES	27
7.1 Pièces nécessaires à l'affiliation	
7.2 Pièces nécessaires au paiement des prestations	
TITRE 8 - COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS	28

Important

Document à signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information du contrat collectif « Régime socle » à adhésion obligatoire souscrit auprès de l'organisme assureur par mon entreprise

Cette garantie est conforme au régime frais de santé prévu par la Convention collective nationale des organismes de formation.

Fait à, le

Signature :

LEXIQUE

Dans la notice, les termes suivants sont utilisés :

Les organismes assureurs (au pluriel)

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181.
- **Apicil Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, Siège social : 38 rue François PEISSEL - 69300 Caluire et Cuire, N° SIREN 321 862 500.
- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270.
- **Harmonie Mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, n° LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57, Siege social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

L'organisme assureur (au singulier)

L'organisme assureur auprès duquel l'entreprise a souscrit son contrat (Malakoff Humanis Prévoyance ou Apicil Prévoyance ou AG2R Prévoyance ou Harmonie Mutuelle). L'organisme assureur est l'interlocuteur unique de l'entreprise et de la catégorie assurée.

Accord de branche

L'accord du 19 novembre 2015 relatif au régime frais de santé de la branche des organismes de formation, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 1^{er} décembre 2020.

Régime « socle »

Le régime souscrit dans le cadre d'une couverture collective à adhésion obligatoire par le souscripteur au bénéfice de ses salariés appartenant à la catégorie assurée.

Le régime socle est détaillé dans la présente notice d'information.

Régime « extension ayants droit »

Le régime souscrit dans le cadre d'une couverture collective à adhésion facultative par le souscripteur au bénéfice du conjoint et/ou des enfants à charge des salariés couverts au titre du régime « socle ».

Le régime extension ayants droit est détaillé dans une notice d'information spécifique.

Régime « surcomplémentaire »

Le régime souscrit dans le cadre d'une couverture collective à adhésion facultative par le souscripteur en complément du régime « socle » et, le cas échéant, du régime « extension ayants droit ».

Les assurés couverts au titre du régime « socle » peuvent améliorer leur couverture, à titre individuel et facultatif, en souscrivant au régime « surcomplémentaire » pour eux-mêmes ainsi que pour leurs ayants droit lorsqu'ils sont couverts au régime « extension ayants droit ».

Le régime surcomplémentaire est détaillé dans une notice d'information spécifique.

Le souscripteur

La personne morale qui a conclu le contrat d'assurance avec l'organisme assureur au bénéfice des salariés appartenant à la catégorie assurée.

La catégorie assurée

L'ensemble des salariés du souscripteur appartenant à la catégorie assurée, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1. « Personnes assurables ».

L'assuré

La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.

Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Maternité	Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.
Sinistre	La survenance des soins.
Actes	Les actes pris en considération sont ceux : <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 prestations annexé à la présente notice d'information qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET ou ADELI.
Base de remboursement de la Sécurité sociale	Le tarif défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	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). 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.
Franchise	La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.
Montant remboursé par la Sécurité sociale	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
Nomenclatures	Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.
Parcours de soins	Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans). Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.

Participations forfaitaires

1. Participation forfaitaire :

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale à la charge des bénéficiaires qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

2. Participation forfaitaire « actes lourds »

Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

Cette participation forfaitaire est remboursée par l'organisme assureur.

Plafond annuel de la Sécurité sociale

Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par le souscripteur. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.

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

Portabilité

Le maintien des garanties frais de santé accordé 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.

Prestations en nature

Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué :

- du ticket modérateur, **étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur ;**
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

Secteur conventionné

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.

Secteur non conventionné

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.

Sécurité sociale (Régime obligatoire)

Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.

Service médical rendu (S.M.R.)

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.

Ticket Modérateur

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.

UNOCAM

L'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/>

TITRE 1 - DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT

1.1 Objet du contrat

Par l'**Accord de branche du 19 novembre 2015**, les partenaires sociaux de la **Convention Collective Nationale des Organismes de Formation du 10 juin 1988 (JO N°3249)** ont institué un **régime de frais de santé** permettant aux salariés des entreprises de la branche professionnelle (le cas échéant à leurs ayants droit) de bénéficier de prestations complémentaires aux prestations en nature versées par la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés par ces bénéficiaires.

Ce régime comprend :

- une couverture collective de base à adhésion obligatoire, dite « **régime socle** », à destination des salariés ;
- une couverture collective de base à adhésion facultative, dite « **régime extension ayants droit** », à destination des ayants droit des salariés couverts au titre du « régime socle » ;
- une couverture collective optionnelle visant à améliorer le régime socle, dite « **régime surcomplémentaire** », au profit des salariés couverts au titre du « régime socle » ainsi qu'au profit de leur ayants droit lorsqu'ils sont couverts au titre du « régime extension ayants droit ». Cette couverture collective est proposée dans le cadre d'une couverture à adhésion facultative.

Le présent **contrat collectif de frais de santé** a pour objet la mise en œuvre du « **régime socle** » susmentionné organisé dans l'Accord de branche au profit des personnes assurables visées au Titre 2 « Dispositions relatives à l'affiliation au contrat », dans les conditions définies ci-après.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de branche peuvent souscrire le contrat.

Les garanties frais de santé mises en œuvre dans le cadre du contrat sont coassurées par les quatre organismes assureurs recommandés, visés par l'Accord de branche :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181 ;
- **Apicil Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, Siège social : 38 rue François PEISSEL - 69300 Caluire et Cuire, N° SIREN 321 862 500 ;
- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270 ;
- **Harmonie Mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, n° LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57, Siege social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

L'entreprise souhaitant souscrire un contrat dans le cadre des présentes conditions générales s'adresse à l'organisme assureur de son choix (Malakoff Humanis Prévoyance, Apicil Prévoyance, AG2R Prévoyance ou Harmonie Mutuelle).

L'organisme assureur retenu devient alors l'interlocuteur unique de l'entreprise et des assurés pour l'ensemble des opérations découlant du contrat.

Le contrat ouvre droit à des garanties d'assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales des garanties d'assistance. La notice d'information de l'assisteur est jointe au contrat.

Le montant de la cotisation relative à la garantie assistance respecte le plafond de la doctrine administrative permettant au souscripteur de bénéficier des exonérations de cotisations sociales conformément à l'article L.242-1 alinéas 6 à 8 du Code de la sécurité sociale.

1.2 Degré élevé de solidarité

Outre les garanties frais de santé, les stipulations de l'Accord de branche prévoient la mise en œuvre d'actions relevant d'un degré élevé de solidarité, dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

À ce titre peuvent être prévues des mesures ou actions selon les modalités prévues par Accord de branche.

Compte tenu de la nature de ces actions de solidarité, leur octroi est subordonné aux décisions des partenaires sociaux, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement.

L'organisme assureur informe le souscripteur des décisions prises par les partenaires sociaux.

1.3 Obligations d'information du souscripteur

Information des assurés

L'organisme assureur établit et remet au souscripteur un exemplaire de la notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Conformément aux dispositions légales :

- il est de la responsabilité du souscripteur de remettre aux assurés la notice d'information établie par l'organisme assureur et de porter à la connaissance des assurés les modifications apportées à leurs droits et obligations.
- la preuve de la remise de la notice d'information ou de l'information relative aux modifications des droits et obligations incombe au souscripteur.

TITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES À L’AFFILIATION AU CONTRAT

2.1 Conditions et formalités d’affiliation

1. Personnes assurables

Cette affiliation est obligatoire (sauf mise en œuvre des cas de dispenses d’affiliation dont peuvent le cas échéant se prévaloir les salariés concernés). Ces dispenses d’affiliation organisées dans l’Accord de branche ou applicables de droit selon la réglementation en vigueur, ne peuvent en aucun cas être imposées par l’entreprise. En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d’adhérer au régime frais de santé lorsqu’ils cesseront de justifier de leur situation dans les conditions définies à l’article 2.2 « Prise d’effet de l’affiliation ».

Les personnes assurables sont :

- **le personnel non bénéficiaire de l’article 2 de l’ANI du 17 novembre 2017 (anciennement « personnel non affilié à l’AGIRC ») ;**
- et
- **le personnel bénéficiaire de l’article 2 de l’ANI du 17 novembre 2017 (anciennement « personnel affilié à l’AGIRC ») ;**

dont le contrat de travail est en vigueur, y compris les salariés dont le contrat de travail est suspendu mais bénéficiant du maintien des garanties du présent régime en vertu du présent contrat.

Sont également assurables :

- les salariés titulaires d’un contrat de travail intermittent à durée indéterminée pendant les périodes non travaillées ;
- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d’assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d’effet du présent contrat jusqu’à expiration de leurs droits. Dans ce cas, aucune cotisation n’est due par l’intéressé en vertu des dispositions de l’article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

2. Formalités d’affiliation

Lorsque l’organisme assureur le demande, les personnes assurables doivent compléter et signer un « bulletin individuel d’affiliation » (BIA).

L’intéressé donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l’organisme assureur retenu (procédure Noémie). Ce bulletin comporte les renseignements nécessaires le concernant notamment : nom, prénom, numéro de Sécurité sociale....

Ce bulletin devra être retourné avec la photocopie de l’attestation papier d’assuré social qui accompagne la carte VITALE ainsi que toute autre pièce mentionnée au bulletin individuel d’affiliation (BIA).

Lorsqu’elle est prévue par l’organisme assureur, l’affiliation peut être effectuée par extranet.

Aucune sélection médicale n’est effectuée à l’affiliation.

2.2 Prise d’effet de l’affiliation

1. A la souscription du contrat

L’affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat s’ils appartiennent à la catégorie assurée à cette date.

2. En cours de contrat

L’affiliation des personnes assurables prend effet à la date d’entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion, ...), postérieurement à la souscription du contrat.

L’affiliation prend effet à la date de la demande d’affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d’une dispense d’affiliation et qui viennent à cesser de justifier de la situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

2.3 Effet de l'affiliation

Chaque personne dûment affiliée, dans les formes prévues ci-avant, acquiert la qualité d'« assuré » et bénéficiera du régime socle selon le niveau de garanties choisi par le souscripteur, d'après les modalités définies à la présente notice d'information.

2.4 Cessation de l'affiliation

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque assuré dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- 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 de son 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 (portabilité) » et à l'article 4.3 « En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés » ;
- 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 d'assurance quel qu'en soit le motif ;
- à la date du décès de l'assuré.

La cessation de l'affiliation entraîne celle des garanties pour l'assuré concerné.

TITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

3.1 Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le remboursement, **dans la limite des frais réellement engagés par les assurés**, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et **ayant donné lieu au versement de prestations en nature par la Sécurité sociale**.

L'organisme assureur peut également rembourser des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont expressément prévus au tableau des prestations annexé à la présente notice d'information.

Le niveau de garanties souscrit et le montant des prestations figurent en annexe de la présente notice d'information.

3.2 Prise d'effet et cessation des garanties

1. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque assuré à la date d'effet de son affiliation.

2. Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque assuré à la date de cessation de son affiliation.

3.3 Les prestations

Le montant des prestations mentionné en annexe de la présente notice d'information est déterminé acte par acte, et exprimé « y compris le remboursement de la Sécurité sociale ».

Les garanties prises en compte par l'organisme assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins. La date des soins est celle retenue par la Sécurité sociale ou celle de la facturation pour les actes non pris en charge par cet organisme.

En toutes hypothèses, **la participation de l'organisme assureur ne peut en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après remboursement du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels autres contrats complémentaires de frais de santé**. Le respect des règles de prises en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire de frais de santé et au titre du présent régime.

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.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie et les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai de deux (2) ans à compter de la date des soins tel que prévu à l'article 6.2. « Prescription ».

Pour les assurés relevant du régime de base Alsace-Moselle, les prestations sont ajustées afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base de la sécurité sociale + complémentaire frais de santé) identique pour tout bénéficiaire en France, quel que soit le régime social d'appartenance.

3.4 Territorialité de la couverture - Soins à l'étranger

Les garanties sont acquises aux bénéficiaires du présent contrat et notamment :

- aux assurés résidant en France et exerçant leur activité sur le territoire français, y compris les communautés, départements et régions d'outre-mer ;
- aux assurés résidant en France et exerçant leur activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française ;
- aux assurés résidant à l'étranger, exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français, y compris les communautés, départements et régions d'outre-mer, et affiliés au régime de sécurité sociale français.

Les soins effectués à l'étranger seront remboursés en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectués en euros, selon les garanties prévues au contrat.

Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » et « hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » indiqués dans le tableau des garanties si la différenciation n'est pas possible.

Les garanties sont également acquises au bénéfice des assurés en déplacement de moins de trois mois, en dehors du territoire français, dans le cadre d'un séjour privé. Les soins effectués à l'étranger seront alors remboursés à la double condition :

- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française ;
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents).

En tout état de cause, le remboursement ne pourra être inférieur aux conditions de prise en charge minimales définies par la réglementation rappelées à l'article 3.6 « Critères du contrat responsable et couverture minimale ».

3.5 Limites de garanties - Exclusions

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charges minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci (la date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale) ;
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;
 - engagés hors de France (y compris les communautés, départements et régions d'outre-mer) sauf spécificités prévues à l'article 3.4 « Territorialité de la couverture - Soins à l'étranger » ;
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale, sauf ceux expressément mentionnés dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information ;
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
 - au titre de la législation sur les pensions militaires ;
 - au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de longs séjours relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices ;
 - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant (1) du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
(1) montant minimum non pris en charge par l'ORGANISME ASSUREUR pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite
- 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, 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, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;
- achat de médicament sur 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) ;
- la cigarette électronique.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus de ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais consécutifs à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au Code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garanties exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toute autre indemnisation de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par le bénéficiaire, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du bénéficiaire dans les conditions prévues à l'article 3.11 « Contrôle médical ». Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le bénéficiaire doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Si le contrat prévoit une intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de la Sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

3.6 Critères du contrat responsable et couverture minimale

Les garanties du contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du contrat responsable prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévue aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les garanties et niveaux de remboursements du contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et/ou « les contrats responsables ».

Les garanties ont été mises en conformité en dernier lieu eu égard aux dispositions découlant notamment :

- du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques ou prothèses dentaires en modifiant le cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » ;
- du décret n°2019-65 du 31 janvier 2019 visant à ajuster le panier minimum des garanties des régimes institués en application des dispositions de l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale.

Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités (telle que prévue aux articles L.162-5-3 du Code la sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;

- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonné), pris en application du 18° de l'article L.162 -5 du Code de la sécurité sociale.

3.7 Limitation du remboursement des chambres particulières

Si elles sont souscrites, les chambres particulières sont prises en charges, à la condition :

- qu'elles soient expressément demandées par l'assuré ;
- que les tarifs soient publiquement affichés ;
- qu'elles fassent l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, **ne peuvent donner lieu à remboursement** :

- les appartements privés ;
- les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

3.8 Règlement des prestations

1. Via NOEMIE

NOEMIE est une procédure de traitement automatique des remboursements mise en place entre la Sécurité sociale et l'organisme assureur. Elle autorise l'organisme assureur à établir une liaison directe avec la caisse de Sécurité sociale des bénéficiaires et ainsi permet à ces derniers d'obtenir un remboursement automatique dès lors que la demande de remboursement a été adressée à cet organisme.

Néanmoins dans certains cas, des pièces complémentaires nécessaires au remboursement et listées au Titre 7 « Pièces justificatives » sont à adresser à l'organisme assureur.

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 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, ou s'ils refusent ce service en le notifiant par écrit sur papier libre à l'organisme assureur ;
- s'ils s'acquittent du ticket modérateur.

3.9 Cumul d'organismes assureurs

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

3.10 Tiers payant

Le contrat permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de 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.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut-être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives mentionnées au Titre 7 « Pièces justificatives ».

L'organisme assureur délivre une carte de tiers payant ou une attestation de droit tiers payant qui doit lui être restituée lorsque les garanties cessent.

Cette carte ou attestation de droit mentionne l'adresse du centre de gestion auquel les bénéficiaires doivent adresser leurs justificatifs ainsi que le numéro de téléphone et l'adresse email leur permettant de consulter leurs remboursements.

3.11 Contrôle médical

L'organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout assuré 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, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement 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 (30) 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, 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.

Reprise des indus

En cas de reprise à l'assuré d'un remboursement effectué à tort par la Sécurité sociale (indu), l'organisme assureur se réserve le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées.

3.12 Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, l'organisme assureur délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant des frais annexes à l'hospitalisation, si prévus au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information) normalement laissés à la charge de l'assuré dans les limites de garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, l'organisme assureur délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, l'assuré est tenu de fournir à l'organisme assureur les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

TITRE 4 - MAINTIEN DES GARANTIES

4.1 En cas de suspension du contrat de travail

1. Suspension du contrat de travail rémunérée

Les garanties et leurs évolutions 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 versé par le souscripteur ;
- ou
- en arrêt de travail donnant lieu à indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le souscripteur ou à une rente d'invalidité au titre du régime de prévoyance ;
- ou
- bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur, en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée (activité totalement suspendue ou réduction des horaires de travail) ;
 - de toute période de congé rémunéré par le souscripteur (reclassement, mobilité...).

Les garanties sont maintenues aux assurés tant qu'ils font partie des effectifs du souscripteur.

Les salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent à durée indéterminée visés à l'article 2.1.1 bénéficient du maintien des garanties pendant les périodes non travaillées.

2. Suspension du contrat de travail non rémunérée

En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article 4.1.1. « Suspension du contrat de travail rémunérée », la suspension des garanties intervient dès le premier jour de la suspension du contrat de travail et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois (3) mois suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par le souscripteur.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due à l'organisme assureur au titre de l'assuré concerné.

Toutefois, les garanties et leurs évolutions peuvent continuer à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, en dehors des cas visés à l'article 4.1.1 « Suspension du contrat de travail rémunérée », moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à la charge exclusive de l'assuré.

Dans tous les cas, les garanties sont maintenues pour chaque bénéficiaire, sous réserve que les cotisations soient payées et tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant.

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, **sont payables directement par les assurés**, mensuellement à terme échu ou d'avance, selon les modalités définies par l'organisme assureur, dans les dix premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur leur compte bancaire ou par virement. Les assurés sont seuls responsables du paiement des cotisations.

Pour être recevable, la demande doit être adressée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de la suspension du contrat de travail.

À défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée est adressée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, l'assuré est radié. Les cotisations antérieures à la date de radiation restent dues. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit, les frais étant intégralement à la charge de l'assuré.

Ne sauraient être assimilées à des périodes de suspension, les périodes non travaillées des salariés titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée dit « intermittent » pour lesquelles les garanties et cotisations correspondantes sont obligatoirement maintenues.

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 bénéficie à titre gratuit du maintien de ses garanties conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Ainsi les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives de frais de santé à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise.

Les droits à garanties du salarié doivent avoir été ouverts avant la cessation du contrat de travail.

Le souscripteur doit :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- aviser l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de l'intéressé (avec transmission des pièces requises lorsqu'elles sont demandées par l'organisme assureur tel que le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif complété et signé, accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant du statut de demandeur d'emploi et des cartes de tiers payant en cours de validité) dans un délai de trente (30) jours qui suit la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail pour une période égale à la durée :

- d'indemnisation chômage,
- 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 si 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 :

- cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage quel qu'en soit la cause ;
- la 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 ;
- décès de l'assuré ;
- la résiliation du contrat d'assurance.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès de l'ancien salarié) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

Pour le paiement des prestations, l'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

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 modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié.

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue au contrat pour les salariés en activité (financement mutualisé).

4.3 En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés

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 titre individuel et facultatif :

- à bénéficier du maintien des garanties figées à la date de rupture du contrat de travail avec des conditions tarifaires encadrées réglementairement en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Évin » (contrat loi « Évin »),

ou, si l'organisme assureur le prévoit,

- à souscrire un contrat adapté à sa nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « d'accueil »). Dans ce cas, le choix effectué doit être adressé par écrit à l'organisme assureur.

1. Modalités et prise d'effet du maintien

Le souscripteur doit informer l'organisme assureur dans un délai de trente (30) jours de la rupture du contrat de travail d'un salarié, éligible au maintien individuel des garanties, afin que l'organisme assureur puisse adresser la proposition de couverture correspondante.

La demande de souscription doit être faite dans les six (6) mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme de la portabilité.

Aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

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.

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.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur.

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

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

Si l'organisme assureur le prévoit, le contrat proposé s'adaptera aux besoins de couverture de frais de santé et aux ressources des anciens salariés. Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

4.4 En cas de résiliation du contrat

La résiliation du contrat met fin aux garanties sous réserve des dispositions ci-dessous.

Les assurés en activité et ceux bénéficiant de la portabilité peuvent demander à continuer à bénéficier de garanties à titre individuel, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur dans les six mois qui suivent la date d'effet de la résiliation et moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

TITRE 5 - LES COTISATIONS

5.1 Montant et structure des cotisations

1. Assiette et montant

La cotisation est déterminée en fonction du niveau de garanties du régime socle obligatoire choisi par le souscripteur.

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours, celles-ci seront indexées chaque année sur la base du plafond arrêté pour l'année.

2. Structure de cotisations

Structure de cotisations	Les personnes assurées	Les cotisations à payer
Assuré ou isolé	Assuré seul	1 cotisation pour l'assuré

5.2 Modalités de paiement des cotisations

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

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, le souscripteur n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Pour les salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent, les cotisations patronales et salariales sont dues pendant les périodes non travaillées dans les mêmes conditions que pendant les périodes travaillées. À cet effet, le souscripteur précompte les cotisations dues au titre des périodes non travaillées sur la rémunération des périodes travaillées.

5.3 Défaut de paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix (10) jours de son échéance, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au souscripteur.

Si le paiement n'intervient pas, les garanties sont suspendues trente (30) jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure au souscripteur et le contrat est résilié dix (10) jours après la date d'effet de la suspension.

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

Les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de résiliation du contrat restent à payer.

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

TITRE 6 - RÉFÉRENCES LÉGALES

6.1 Déchéance

L'assuré 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.

6.2 Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 ou l'assuré 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 ou de l'assuré ou a été indemnisé par le souscripteur ou l'assuré.

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 aux articles 2241 à 2243 de ce même Code,
- un acte d'exécution forcée prévu aux articles 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 adresse à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

6.3 Subrogation

Lorsque l'assuré 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.

L'assuré atteint d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de sa demande de prestation.

6.4 Réclamation - Médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat ou pour toute demande d'information, le souscripteur et/ou l'assuré peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller, leur gestionnaire ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à l'organisme assureur à (aux) adresse(s) mentionnée(s) au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur et/ou l'assuré peuvent s'adresser au médiateur (Cf. les coordonnées du médiateur mentionnées au Titre 8), dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

6.5 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.

6.6 Protection des données à caractère personnel

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

L'organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe de l'organisme assureur ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré 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 de l'assuré 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, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et les 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 de l'assuré et des bénéficiaires.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'organisme assureur utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : 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 de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

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

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

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

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

2. L'assuré 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. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, 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 à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

6.7 Autorité de contrôle

Les organismes assureurs 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

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	<ul style="list-style-type: none">un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestationsla photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale.

7.2 Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Traitement par Noémie	Justificatifs à fournir
Hospitalisation	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Soins courants	Aucun document
Cure thermale	Facture acquittée mentionnant les dépenses extra légales et les frais de transport et d'hébergement
Optique	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue, la prescription initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue.
Dentaire	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale
Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir
Actes remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Actes ou frais non remboursés par la Sécurité sociale	Actes : Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et rappelant selon le cas le numéro d'identification (SIRET, ADELI, ...), le cas échéant la note d'honoraires du praticien, la prescription médicale, les devis. Autres frais (chambre particulière, lit accompagnant ...) : Facture nominative, détaillée, acquittée.
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du pharmacien et précisant le nom du produit

En cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, le dossier devra comprendre toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

TITRE 8 - COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS

ORGANISMES ASSUREURS	MENTIONS LÉGALES	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)
Malakoff Humanis Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181	<ul style="list-style-type: none"> • pour l'employeur Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Ou reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com • pour le Salarié : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Ou reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 • ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com
Apicil Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège sociale : 38 rue François Peissel 69300 CALUIRE, SIREN n° 321 862 500	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : APICIL Prévoyance Direction Services clients – Equipe réclamation 38, rue François Peissel 69300 CALUIRE ET CUIRE 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire • ou par mail à : dpo@apicil.com
AG2R Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance/santé à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX • ou en joignant un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9. En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur de la protection sociale – 10 rue Cambacérés 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à : AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex • ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr
Harmonie Mutuelle Groupe VYV	Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris, numéro LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Service qualité Relation adhérents CS 81021 49000 - ANGERS CEDEX 01 	<ul style="list-style-type: none"> • sur le site du médiateur : http://cnpm-mediation-consommation.eu • ou par courrier à son adresse postale : CNPМ MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 NANTES CEDEX 2 • ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr

FRAIS DE SANTÉ

Organismes de formation

Contrat collectif à adhésion facultative

NOTICE D'INFORMATION

1^{er} janvier 2021

« Régime extension ayants droit »

SOMMAIRE

DOCUMENT À SIGNER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR	5
LEXIQUE	7
TITRE 1 - DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT	43
1.1 Objet du contrat	
1.2 Obligations d'information du souscripteur	
TITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES À L’AFFILIATION AU CONTRAT	44
2.1 Conditions et formalités d'affiliation	
2.2 Prise d'effet de l'affiliation	
2.3 Effet de l'affiliation	
2.4 Faculté de renonciation	
2.5 Durée et dénonciation de l'affiliation	
2.6 Cessation de l'affiliation	
TITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	47
3.1 Objet des garanties	
3.2 Prise d'effet et cessation des garanties	
3.3 Les prestations	
3.4 Territorialité de la couverture - Soins à l'étranger	
3.5 Limites de garanties - Exclusions	
3.6 Critères du contrat responsable et couverture minimale	
3.7 Limitation du remboursement des chambres particulières	
3.8 Règlement des prestations	
3.9 Cumul d'organismes assureurs	
3.10 Tiers payant	
3.11 Contrôle médical	
3.12 Prise en charge hospitalière	
TITRE 4 - MAINTIEN DES GARANTIES	20
4.1 En cas de suspension du contrat de travail	
4.2 En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)	
4.3 En cas de rupture du contrat de travail ou de décès de l'assuré : Maintien individuel des garanties aux ayants droit	

TITRE 5 - LES COTISATIONS	55
5.1 Montant et structure des cotisations	
5.2 Modalités de paiement des cotisations	
5.3 Défaut de paiement	
TITRE 6 - RÉFÉRENCES LÉGALES	56
6.1 Déchéance	
6.2 Prescription	
6.3 Subrogation	
6.4 Réclamation - Médiation	
6.5 Juridiction compétente	
6.6 Protection des données à caractère personnel	
6.7 Autorité de contrôle	
TITRE 7 - PIÈCES JUSTIFICATIVES	59
7.1 Pièces nécessaires à l'affiliation	
7.2 Pièces nécessaires au paiement des prestations	
TITRE 8 - COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS	60

Important

Document à signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information du contrat collectif « Régime extension ayants droit » à adhésion facultative souscrit auprès de l'organisme assureur par mon entreprise

.....

Cette garantie est conforme au régime frais de santé prévu par la Convention collective nationale des organismes de formation.

Fait à, le

Signature :

LEXIQUE

Dans la notice, les termes suivants sont utilisés :

Les organismes assureurs (au pluriel)

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181.
- **Apicil Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, Siège social : 38 rue François PEISSEL - 69300 Caluire et Cuire, N° SIREN 321 862 500.
- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270.
- **Harmonie Mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, n° LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57, Siege social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

L'organisme assureur (au singulier)

L'organisme assureur auprès duquel l'entreprise a souscrit son contrat (Malakoff Humanis Prévoyance ou Apicil Prévoyance ou AG2R Prévoyance ou Harmonie Mutuelle). L'organisme assureur est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des bénéficiaires.

Accord de branche

L'accord du 19 novembre 2015 relatif au régime frais de santé de la branche des organismes de formation, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 1^{er} décembre 2020.

Régime « socle »

Le régime souscrit dans le cadre d'une couverture collective à adhésion obligatoire par le souscripteur au bénéfice de ses salariés appartenant à la catégorie assurée définie audit régime.

Le régime socle est détaillé dans une notice d'information spécifique.

Régime « extension ayants droit »

Le régime souscrit dans le cadre d'une couverture collective à adhésion facultative par le souscripteur au bénéfice des ayants droit des salariés couverts au titre du régime « socle ».

Le régime extension ayants droit est détaillé par la présente notice d'information.

Régime « surcomplémentaire »

Le régime souscrit dans le cadre d'une couverture collective à adhésion facultative par le souscripteur en complément du régime « socle » et, le cas échéant, du régime « extension ayants droit ».

Les assurés couverts au titre du régime « socle » peuvent améliorer leur couverture, à titre individuel et facultatif, en souscrivant au régime « surcomplémentaire » pour eux-mêmes ainsi que pour leurs ayants droit lorsqu'ils sont couverts au régime « extension ayants droit ».

Le régime surcomplémentaire est détaillé dans une notice d'information spécifique.

Le souscripteur

La personne morale qui a conclu le contrat d'assurance avec l'organisme assureur.

L'assuré

La personne physique, affiliée au contrat socle, qui demande à adhérer au présent contrat pour permettre la couverture des ayants droit définis ci-après.

Les ayants droit**Le conjoint :**

- L'époux(se) de l'assuré, non divorcé(e) ou non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), à la date de l'événement donnant lieu à prestations,
- La personne ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité (PACS) dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil,
- La personne avec laquelle l'assuré vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins deux (2) ans ou sans condition de durée lorsque au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés, ni liés par un PACS) et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Les enfants à charge :

Les enfants de l'assuré dont la filiation avec celui-ci, y compris adoptive (ainsi que les enfants recueillis) est légalement établie ou ceux de son conjoint au sens du contrat, sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint ou qu'ils l'aient eu jusqu'à leur majorité, âgés :

- de moins de 21 ans,
- ou de moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études dans l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris la formation en alternance tels que le contrat de professionnalisation, le contrat d'apprentissage). A ce titre, ils doivent être affiliés au régime obligatoire de la Sécurité sociale ou être inscrits à Pôle emploi comme primo-demandeur d'emploi,
- quel que soit leur âge s'ils perçoivent une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés.

Les bénéficiaires

Le conjoint et les enfants à charge tels que définis ci-avant affiliés au présent contrat.

Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure au bénéficiaire.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité

Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.

Sinistre

La survenance des soins.

Actes

Les actes pris en considération sont ceux :

- 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 prestations qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET ou ADELI.

**Base de
remboursement de
la Sécurité sociale**

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

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

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).

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.

Franchise

La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

Montant remboursé par la Sécurité sociale

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Nomenclatures

Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins

Passage par un médecin traitant choisi par le bénéficiaire avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans).

Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.

Participations forfaitaires

3. Participation forfaitaire :

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale à la charge des bénéficiaires qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

4. Participation forfaitaire « actes lourds »

Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

Cette participation forfaitaire est remboursée par l'organisme assureur.

Plafond annuel de la Sécurité sociale

Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par le souscripteur. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.

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

Portabilité

Le maintien des garanties frais de santé accordé aux ayants droit des anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Reste à charge	<p>Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur ; ▪ de l'éventuel dépassement d'honoraires.
Secteur conventionné	<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>
Secteur non conventionné	<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>
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	<p>Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au Lexique.</p>
Service médical rendu (S.M.R.)	<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>
Ticket Modérateur	<p>Participation 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>
UNOCAM	<p>L'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 échangeront et se concerteront 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 et aux bénéficiaires de mieux comprendre leurs garanties.</p> <p>Ce « glossaire » est consultable sur : https://unocam.fr/glossary/</p>

TITRE 1 - DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT

1.1 Objet du contrat

Par l'**Accord de branche du 19 novembre 2015**, les partenaires sociaux de la **Convention Collective Nationale des Organismes de Formation du 10 juin 1988 (JO N°3249)** ont institué un **régime de frais de santé** permettant aux salariés des entreprises de la branche professionnelle (le cas échéant à leurs ayants droit) de bénéficier de prestations complémentaires aux prestations en nature versées par la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés par ces bénéficiaires.

Ce régime comprend :

- une couverture collective de base à adhésion obligatoire, dite « **régime socle** », à destination des salariés ;
- une couverture collective de base à adhésion facultative, dite « **régime extension ayants droit** », à destination des ayants droit des salariés couverts au titre du « régime socle » ;
- une couverture collective optionnelle visant à améliorer le régime socle, dite « **régime surcomplémentaire** », au profit des salariés couverts au titre du « régime socle » ainsi qu'au profit de leurs ayants droit lorsqu'ils sont couverts au titre du « régime extension ayants droit ». Cette couverture collective est proposée dans le cadre d'une couverture à adhésion facultative.

Le présent **contrat collectif de frais de santé** a pour objet la mise en œuvre du « **régime extension ayants droit** » susmentionné organisé dans l'Accord de branche au profit des personnes assurables visées au Titre 2 « Dispositions relatives à l'affiliation au contrat », dans les conditions définies ci-après. **Il organise la possibilité pour les salariés couverts au titre du régime socle de faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de garanties qu'eux-mêmes.**

Le présent régime est ainsi institué en complément du régime socle défini au Lexique.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de branche peuvent souscrire le contrat.

Les garanties frais de santé mises en œuvre dans le cadre du présent contrat sont coassurées par les quatre organismes assureurs recommandés, visés par l'Accord de branche :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181 ;
- **Apicil Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, Siège social : 38 rue François PEISSEL - 69300 Caluire et Cuire, N° SIREN 321 862 500 ;
- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270 ;
- **Harmonie Mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, n° LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57, Siège social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

L'entreprise s'adresse à l'organisme assureur retenu dans le cadre du régime socle (Malakoff Humanis Prévoyance, Apicil Prévoyance, AG2R Prévoyance ou Harmonie Mutuelle).

Cet organisme assureur est alors l'interlocuteur unique de l'entreprise, des assurés et des bénéficiaires pour l'ensemble des opérations découlant du contrat.

1.2 Obligations d'information du souscripteur

Information des assurés

L'organisme assureur établit et remet au souscripteur un exemplaire de la notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Conformément aux dispositions légales :

- il est de la responsabilité du souscripteur de remettre aux assurés la notice d'information établie par l'organisme assureur et de porter à la connaissance des assurés les modifications apportées à leurs droits et obligations.
- la preuve de la remise de la notice d'information ou de l'information relative aux modifications des droits et obligations incombe au souscripteur.

TITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES À L’AFFILIATION AU CONTRAT

2.2 Conditions et formalités d’affiliation

3. Personnes assurables

Seuls les salariés couverts à titre obligatoire au régime socle peuvent adhérer au présent contrat, pour le compte de leurs ayants droit.

En adhérant au présent contrat, l’assuré demande l’affiliation de ses ayants droit définis au Lexique dans le respect des formalités d’affiliation définies à l’article 2.1.2 ci-après.

Tout événement ou disposition contractuelle du régime socle affectant les droits à garantie des assurés s’applique automatiquement et dans les mêmes conditions aux bénéficiaires du présent contrat.

REMARQUES :

Peuvent également être affiliés au présent contrat les ayants droit des anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d’assurance collectif immédiatement antérieur, de la date d’effet du présent contrat jusqu’à expiration de leurs droits.

4. Formalités d’affiliation

Les salariés doivent accomplir les formalités d’affiliation suivantes :

- compléter et signer un « bulletin individuel d’affiliation » (BIA) accompagné des pièces nécessaires rappelées sur ce dernier et au Titre 7 « Pièces justificatives » à retourner à l’organisme assureur par le biais du souscripteur (ou directement lorsque l’adhésion au régime extension ayants droit est postérieure à celle du régime socle) ;
- déclarer les ayants droit à couvrir au moyen du bulletin individuel d’affiliation (BIA) susmentionné.

Lorsqu’elle est prévue par l’organisme assureur, l’affiliation peut être effectuée par extranet.

L’organisme assureur se réserve le droit, à tout moment, de demander à l’assuré de lui adresser les justificatifs de la qualité des ayants droit, mentionnés au Titre 7 « Pièces justificatives ».

Aucune sélection médicale n’est effectuée à l’affiliation.

2.2. Prise d’effet de l’affiliation

L’affiliation des ayants droit au régime extension ayants droit prend effet au plus tôt à compter de la date de l’affiliation de l’assuré au régime socle.

La déclaration des ayants droit s’effectue au moment de l’adhésion de l’assuré.

Toutefois, les ayants droit de l’assuré, qui n’ont pas été rattachés au présent régime lorsque l’assuré a été affilié au contrat souscrit au titre du régime socle, pourront être rattachés postérieurement au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet de chaque année.

Cette règle ne sera pas appliquée lorsque l’assuré justifie de l’une des modifications de situation familiale suivante : mariage, signature d’un PACS, mise en concubinage, naissance ou adoption d’un enfant, décès du conjoint, du concubin, du partenaire de PACS, ou d’un enfant. Dans ces situations, l’affiliation de l’ayant droit concerné sera effective au 1^{er} jour du mois au cours duquel il acquiert cette qualité, sous réserve que l’assuré en effectue la demande dans les trois mois suivant l’évènement.

2.3. Effet de l’affiliation

Les ayants droit affiliés bénéficient du même niveau de garantie que l’assuré couvert au titre du régime socle.

2.4. Faculté de renonciation

L'assuré, pour le compte de ses ayants droit, a la faculté de renoncer au bénéfice du contrat par notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.932-12-2 du Code de la sécurité sociale, pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation des ayants droit a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente (30) jours suivant la date de réception par l'organisme assureur de la notification. Toutefois, si des prestations ont été versées, l'assuré devra les restituer intégralement, préalablement à la restitution des cotisations.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom)....., pour le compte de mon ayant droit (nom, prénom), ayant le numéro de Sécurité sociale..... déclare renoncer à l'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative (frais de santé) n°....., ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée ».

La renonciation est définitive. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de trois années civiles entre la renonciation et la nouvelle adhésion.

2.5. Durée et dénonciation de l'affiliation

Les affiliations sont souscrites pour une période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite tacitement chaque année au 1er janvier, pour une année civile, sauf dénonciation formulée par les assurés selon les modalités définies ci-après :

1. Résiliation annuelle à l'initiative de l'assuré

L'assuré peut dénoncer son adhésion au présent régime extension ayants droit conformément aux modalités précisées ci-dessous.

La dénonciation à l'initiative de l'assuré peut être effectuée à l'échéance annuelle au moins deux mois avant la date du 1^{er} janvier. Elle est alors notifiée à l'organisme assureur, selon le choix de l'assuré, en application des dispositions prévues par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 :

- 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 du contrat ou l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Les moyens de notification retenus par chaque organisme assureur sont précisés au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

L'organisme assureur accuse réception de la notification de la dénonciation annuelle de l'adhésion par écrit.

2. Résiliation infra-annuelle à l'initiative de l'assuré

L'assuré peut dénoncer son adhésion au présent régime extension ayants droit conformément aux modalités précisées ci-dessous.

La dénonciation, à l'initiative de l'assuré, peut également être effectuée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de son adhésion au présent contrat. Dans ce cas, la dénonciation prend effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification.

L'assuré n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. L'organisme assureur s'engage alors à rembourser tout éventuel solde restant dû à l'assuré dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation.

Si l'assuré souhaite procéder à la résiliation infra-annuelle des affiliations en vue de contracter avec un autre organisme un nouveau contrat individuel ou adhérer à un nouveau contrat collectif facultatif selon le cas, il en transmet la demande à ce dernier sur support papier ou tout autre support durable. Dans ce cas, le nouvel organisme notifie auprès de l'organisme assureur du présent régime la dénonciation de l'affiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

En cas de résiliation infra-annuelle émanant directement de l'assuré, celle-ci peut être notifiée selon les mêmes supports que ceux prévus pour la résiliation annuelle à l'initiative de l'assuré (article 2.5.1).

Organismes de formation - Frais de santé
Contrat collectif à adhésion facultative - Régime extension ayants droit
Notice d'information - 1^{er} janvier 2021

Que la demande de résiliation émane directement de l'assuré ou qu'elle soit effectuée pour le compte de ce dernier par le nouvel organisme selon les modalités indiquées ci-dessus, l'organisme assureur accuse réception de la notification de la résiliation par écrit et communique par tout support durable à l'assuré un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la cessation des garanties. En tout état de cause, le nouveau contrat ne pourra pas prendre effet avant la date de cessation des garanties du contrat anciennement souscrit auprès de l'organisme assureur.

Enfin, une dénonciation en cours d'année sans délai est également possible pour tout ayant droit s'il était affilié selon le type de régime prévu, dès lors qu'il peut bénéficier du dispositif CSS (Complémentaire Santé Solidaire) pour sa partie complémentaire.

2.6. Cessation de l'affiliation

L'affiliation des ayants droit au contrat prend fin dans les cas suivants :

- à la date à laquelle l'assuré cesse de bénéficier du régime socle ;
- et dans tous les cas :
 - à la date d'effet de la dénonciation de l'affiliation par l'assuré dans les conditions prévues à l'article 2.5 « Durée et dénonciation de l'affiliation ». Toute nouvelle affiliation ne sera possible qu'à l'issue d'un délai de deux ans après la prise d'effet de la dénonciation (sauf changement de situation de famille) ;
 - en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3 « Défaut de paiement » ;
 - à la date à laquelle l'assuré cesse d'appartenir à la catégorie assurée ;
 - à la date à laquelle l'ayant droit ne répond plus à la définition prévue au Lexique ;
 - au 1^{er} jour du mois qui suit l'affiliation du ou des ayants droit à une couverture complémentaire de frais de santé obligatoire ;
 - à la date de suspension du contrat de travail de l'assuré 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 de l'assuré, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2 « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) » et, le cas échéant, à l'article 4.3 « En cas de rupture du contrat de travail ou de décès de l'assuré : Maintien individuel des garanties aux ayants droit » ;
 - 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 d'assurance quel qu'en soit le motif ;
 - à la date du décès de l'assuré, sauf dans les cas prévus à l'article 4.3 « En cas de rupture du contrat de travail ou de décès de l'assuré : Maintien individuel des garanties aux ayants droit ».

La cessation de l'affiliation entraîne celle des garanties pour l'ayant droit concerné.

TITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

3.13 Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le remboursement, **dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires**, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et **ayant donné lieu au versement de prestations en nature par la Sécurité sociale**.

L'organisme assureur peut également rembourser des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont expressément prévus au tableau des prestations.

Le niveau de garanties dont bénéficient les ayants droit est identique à celui applicable aux assurés au titre du régime socle.

Le niveau de garanties et le montant des prestations figurent au tableau des prestations annexé à la présente notice d'information.

3.14 Prise d'effet et cessation des garanties

3. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour les ayants droit à la date d'effet de leur affiliation.

4. Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque ayant droit à la date de cessation de leur affiliation.

3.15 Les prestations

Le montant des prestations mentionné au tableau des prestations annexé à la présente notice d'information est déterminé acte par acte, et exprimé « y compris le remboursement de la Sécurité sociale ».

Les garanties prises en compte par l'organisme assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins. La date des soins est celle retenue par la Sécurité sociale ou celle de la facturation pour les actes non pris en charge par cet organisme.

En toutes hypothèses, **la participation de l'organisme assureur ne peut en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge du bénéficiaire après remboursement du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels autres contrats complémentaires de frais de santé**. Le respect des règles de prises en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire de frais de santé et au titre du présent régime détaillé à la présente notice d'information.

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.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie et les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai de deux (2) ans à compter de la date des soins tel que prévu à l'article 6.2. « Prescription ».

Pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle, les prestations sont ajustées afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base de la sécurité sociale + complémentaire frais de santé) identique pour tout bénéficiaire en France, quel que soit le régime social d'appartenance.

3.16 Territorialité de la couverture - Soins à l'étranger

Les garanties sont acquises aux bénéficiaires du présent contrat et notamment :

- aux ayants droit des assurés résidant en France et exerçant leur activité sur le territoire français, y compris les communautés, départements et régions d'outre-mer ;
- aux ayants droit des assurés résidant en France et exerçant leur activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française ;

- aux ayants droit des assurés résidant à l'étranger, exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français, y compris les communautés, départements et régions d'outre-mer, et affiliés au régime de sécurité sociale français.

Les soins effectués à l'étranger seront remboursés en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectués en euros, selon les garanties prévues au contrat.

Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » et « hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » indiqués dans le tableau des garanties si la différenciation n'est pas possible.

Les garanties sont également acquises aux bénéficiaires en déplacement de moins de trois mois, en dehors du territoire français, dans le cadre d'un séjour privé. Les soins effectués à l'étranger seront alors remboursés à la double condition :

- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française ;
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents).

En tout état de cause, le remboursement ne pourra être inférieur aux conditions de prise en charge minimales définies par la réglementation rappelées à l'article 3.6 « Critères du contrat responsable et couverture minimale ».

3.17 Limites de garanties - Exclusions

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charges minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci (la date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale) ;
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;
 - engagés hors de France (y compris les communautés, départements et régions d'outre-mer) sauf spécificités prévues à l'article 3.4 « Territorialité de la couverture - Soins à l'étranger » ;
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale, sauf ceux expressément mentionnés dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information ;
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
 - au titre de la législation sur les pensions militaires ;
 - au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de longs séjours relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices ;
 - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant (1) du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

(1) montant minimum non pris en charge par l'ORGANISME ASSUREUR pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite
- 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, 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, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;
- achat de médicament sur 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) ;
- la cigarette électronique.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus de ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au Code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garanties exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toute autre indemnisation de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par le bénéficiaire, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du bénéficiaire dans les conditions prévues à l'article 3.11 « Contrôle médical ». Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le bénéficiaire doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Si le contrat prévoit une intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de la Sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

3.18 Critères du contrat responsable et couverture minimale

Les garanties du contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du contrat responsable prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévue aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les garanties et niveaux de remboursements du contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et/ou « les contrats responsables ».

Les garanties ont été mises en conformité en dernier lieu eu égard aux dispositions découlant notamment :

- du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques ou prothèses dentaires en modifiant le cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » ;
- du décret n°2019-65 du 31 janvier 2019 visant à ajuster le panier minimum des garanties des régimes institués en application des dispositions de l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale.

Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités (telle que prévue aux articles L.162-5-3 du Code la sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique) ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonné), pris en application du 18° de l'article L.162 -5 du Code de la sécurité sociale.

3.19 Limitation du remboursement des chambres particulières

Si elles sont souscrites, les chambres particulières sont prises en charge à la condition :

- qu'elles soient expressément demandées par le bénéficiaire ;
- que les tarifs soient publiquement affichés ;
- qu'elles fassent l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- les appartements privés ;
- les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

3.20 Règlement des prestations

3. Via NOEMIE

NOEMIE est une procédure de traitement automatique des remboursements mise en place entre la Sécurité sociale et l'organisme assureur. Elle autorise l'organisme assureur à établir une liaison directe avec la caisse de Sécurité sociale des bénéficiaires et ainsi permet à ces derniers d'obtenir un remboursement automatique dès lors que la demande de remboursement a été adressée à cet organisme.

Néanmoins dans certains cas, des pièces complémentaires nécessaires au remboursement et listées au Titre 7 « Pièces justificatives » sont à adresser à l'organisme assureur.

4. Hors NOEMIE

Lorsque le bénéficiaire n'a pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple en cas de paiement du ticket modérateur, il doit adresser 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, ou s'ils refusent ce service en le notifiant par écrit sur papier libre à l'organisme assureur ;
- s'ils s'acquittent du ticket modérateur ;
- ou si les ayants droit couverts sont affiliés à un régime spécial de Sécurité sociale (régime minier, régime de la fonction publique...).

3.21 Cumul d'organismes assureurs

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

3.10 Tiers payant

Le contrat permet aux ayants droit de bénéficier du mécanisme de 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.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut-être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives mentionnées au Titre 7 « Pièces justificatives ».

L'organisme assureur délivre une carte de tiers payant ou une attestation de droit tiers payant qui doit lui être restituée lorsque les garanties cessent.

Cette carte ou attestation de droit mentionne l'adresse du centre de gestion auquel les bénéficiaires doivent adresser leurs justificatifs ainsi que le numéro de téléphone et l'adresse email leur permettant de consulter leurs remboursements.

3.11 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 généralement 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, le bénéficiaire devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'organisme assureur, dans les trente (30) 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, par le président du tribunal compétent de la résidence du bénéficiaire, 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.

Reprise des indus

En cas de reprise au bénéficiaire d'un remboursement effectué à tort par la Sécurité sociale, l'organisme assureur se réserve le droit de réclamer les prestations indûment versées.

3.12 Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, l'organisme assureur délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant des frais annexes à l'hospitalisation, si prévus au tableau des garanties figurant en annexe de la présente notice d'information) normalement laissés à la charge de l'assuré dans les limites de garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, l'organisme assureur délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, l'assuré est tenu de fournir à l'organisme assureur les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

TITRE 4 - MAINTIEN DES GARANTIES

4.5 En cas de suspension du contrat de travail

3. Suspension du contrat de travail rémunérée

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux ayants droit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, si ces derniers sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire versé par le souscripteur ;
- ou
- en arrêt de travail donnant lieu à indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le souscripteur ou à une rente d'invalidité au titre du régime de prévoyance ;
- ou
- bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée (activité totalement suspendue ou réduction des horaires de travail) ;
 - de toute période de congé rémunéré par le souscripteur (reclassement, mobilité...).

Les garanties sont maintenues tant que les salariés du chef desquels les ayants droit sont couverts font partie des effectifs du souscripteur.

Les ayants droit de salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent à durée indéterminée bénéficient du maintien des garanties pendant les périodes non travaillées par le salarié.

Les cotisations sont intégralement dues dans les conditions prévues au Titre 5 « Les cotisations ».

4. Suspension du contrat de travail non rémunérée

Il est rappelé que pendant les périodes de suspension du contrat de travail du salarié non visées à l'article 4.1.1. « Suspension du contrat de travail rémunérée », les garanties prévues au régime socle et, par conséquent, les garanties prévues au présent contrat sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois (3) mois suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par le souscripteur. Pendant cette période, aucune cotisation n'est due à l'organisme assureur au titre des ayants droit concernés.

Toutefois, le contrat souscrit au titre du régime socle permet aux assurés de bénéficier du maintien des garanties dudit contrat sous réserve du paiement intégral de la cotisation (part patronale et part salariale).

Si l'assuré bénéficie du maintien des garanties prévues au régime socle alors les garanties prévues au titre du présent contrat sont également maintenues pour ses ayants droit, dans les conditions et selon les modalités définies à la notice d'information du régime socle.

En cas de maintien des garanties du présent contrat, les cotisations sont payables **directement par les assurés** dans les conditions prévues au Titre 5 « Les cotisations ».

4.6 En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)

En cas de cessation du contrat de travail de l'assuré ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, ses ayants droit couverts au titre du contrat au moment de la cessation du contrat de travail de l'assuré bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties, conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Ces ayants droit bénéficient du maintien des garanties dans le cadre du présent dispositif de portabilité tant que l'assuré bénéficie de ce même dispositif au titre du régime socle.

Le souscripteur doit :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- aviser l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de l'intéressé (avec transmission des pièces requises lorsqu'elles sont demandées par l'organisme assureur tel que le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif complété et signé, accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant du statut de demandeur d'emploi et des cartes de tiers payant en cours de validité) dans un délai de trente (30) jours qui suit la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'assuré pour une période égale à la durée :

- d'indemnisation chômage,
- 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 :

- cessation, pour l'ancien salarié, du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage quel qu'en soit la cause ;
- la 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 ;
- décès de l'assuré ;
- la résiliation du contrat d'assurance.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié ou ses ayants droit en cas de décès s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

Pour le paiement des prestations, l'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

Toute suspension des allocations chômage à l'égard de l'ancien salarié 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 modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées aux ayants droit de l'ancien salarié.

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue au contrat pour les salariés en activité (financement mutualisé).

4.7 En cas rupture du contrat de travail ou de décès de l'assuré : Maintien individuel des garanties aux ayants droit

Les ayants droit peuvent demander :

- à bénéficier du maintien des garanties figées à la date du décès de l'assuré en application des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Évin » (contrat loi « Évin »),
- **ou, si l'organisme assureur le prévoit**, à souscrire un contrat adapté à leur nouvelle situation en dehors du dispositif « Loi Évin » (contrat « d'accueil »), en cas de rupture du contrat de travail ou de décès de l'assuré. Dans ce cas, le choix effectué doit être adressé par écrit à l'organisme assureur.

4. Modalités et prise d'effet du maintien

Le souscripteur doit informer l'organisme assureur dans un délai de trente (30) jours à compter de la rupture du contrat de travail ou du décès d'un assuré dont les ayants droit sont éligibles audit maintien afin que l'organisme assureur puisse adresser la proposition de couverture correspondante.

La demande de souscription doit être faite dans les six (6) mois qui suivent la rupture du contrat de travail, le terme de la portabilité ou le décès de l'assuré.

Aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

Les garanties prendront effet le jour de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, du terme de la portabilité ou du décès de l'assuré.

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

Le maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé cesse au terme d'une période de douze (12) mois à compter dudit décès.

Les bénéficiaires qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur.

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

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

Si l'organisme assureur le prévoit, le contrat proposé s'adaptera aux besoins de couverture de frais de santé et aux ressources des ayants droit.

Le tarif applicable tiendra compte de ses éléments.

TITRE 5 - LES COTISATIONS

5.4 Montant et structure des cotisations

1. Assiette et montant

Le montant des cotisations est mentionné en annexe de la présente notice d'information.

Cette cotisation est déterminée en fonction du niveau de garanties dont bénéficie l'assuré au titre du régime socle, du régime obligatoire, des dispositions réglementaires en vigueur.

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS), en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours, celles-ci seront indexées chaque année sur la base du plafond arrêté pour l'année.

2. Structure de cotisations

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 » et sous réserve 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 ».

Structure de cotisations	Les personnes assurées	Les cotisations à payer
Adulte(s) / Enfant(s)	Selon la situation familiale de l'assuré :	
	Le cas échéant (N) adulte(s) Et, le cas échéant (N) enfant(s)	(N) x cotisation adulte (N) x cotisation enfant <i>(gratuité à partir du 3e enfant)</i>

5.5 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables **par l'assuré**, mensuellement d'avance ou à terme échu, selon les modalités définies par l'organisme assureur, dans les dix (10) premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

L'assuré est le seul responsable du paiement des cotisations.

Lorsque le contrat est résilié ou que l'adhésion de l'assuré est dénoncé, l'assuré n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Pour les ayants droit des salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent, les cotisations sont dues pendant les périodes non travaillées des salariés dans les mêmes conditions que pendant les périodes travaillées.

5.6 Défaut de paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix (10) jours de son échéance, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'assuré.

Si le paiement n'intervient pas, l'adhésion de l'assuré cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'assuré.

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

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'adhésion des assurés pour le compte des ayants droit restent à payer. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

La radiation pour défaut de paiement des cotisations est définitive.

TITRE 6 - RÉFÉRENCES LÉGALES

6.1 Déchéance

Le bénéficiaire 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.

6.2 Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 l'ayant droit 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 de l'ayant droit ou a été indemnisé par le souscripteur, l'assuré ou l'ayant droit.

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 aux articles 2241 à 2243 de ce même Code,
- un acte d'exécution forcée prévu aux articles 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 à l'assuré 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.

6.3 Subrogation

Lorsque l'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.

L'ayant droit atteint d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de la demande de prestation.

6.4 Réclamation - Médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat ou pour toute demande d'information, le souscripteur et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller, leur gestionnaire ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à l'organisme assureur à (aux) adresse(s) mentionnée(s) au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur, l'assuré et/ou les ayants droit peuvent s'adresser au médiateur (Cf. les coordonnées du médiateur mentionnées au Titre 8), dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

6.5 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.

6.6 Protection des données à caractère personnel

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

L'organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe de l'organisme assureur ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré 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 de l'assuré 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, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et les 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 de l'assuré et des bénéficiaires.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'organisme assureur utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : 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 de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

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

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

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

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

2. L'assuré 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. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, 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 à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

6.7 Autorité de contrôle

Les organismes assureurs 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

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	<ul style="list-style-type: none">un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations (NB. un seul RIB par famille).pour le paiement des cotisations par prélèvement automatique sur compte bancaire : un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.
Ensemble des ayants droit	<ul style="list-style-type: none">la photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale.
Epoux(se)	<ul style="list-style-type: none">si l'organisme assureur le demande : la copie du livret de famille.
Partenaires de PACS et concubins	<ul style="list-style-type: none">une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubins.Si l'organisme assureur le demande : la photocopie du PACS.
Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur votre attestation carte vitale de l'assuré	Une copie : <ul style="list-style-type: none">du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année) ou de la carte d'étudiant,du contrat de professionnalisation, d'apprentissage ou autre,d'une attestation d'inscription à Pôle emploi,de la notification d'attribution de l'allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés.

7.2 Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Traitement par Noémie	Justificatifs à fournir
Hospitalisation	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Soins courants	Aucun document
Cure thermale	Facture acquittée mentionnant les dépenses extra légales et les frais de transport et d'hébergement
Optique	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue, la prescription initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue.
Dentaire	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir
Actes remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Actes ou frais non remboursés par la Sécurité sociale	Actes : Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et rappelant selon le cas le numéro d'identification (SIRET, ADELI, ...), le cas échéant la note d'honoraires du praticien, la prescription médicale, les devis Autres frais (chambre particulière, lit accompagnant, ...) : Facture nominative, détaillée, acquittée
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du pharmacien et précisant le nom du produit

En cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, le dossier devra comprendre toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux, ...).

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

TITRE 8 - COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS

ORGANISMES ASSUREURS	MENTIONS LÉGALES	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)	MOYENS DE NOTIFICATION DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT AUPRÈS DE L'ORGANISME ASSUREUR
Malakoff Humanis Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181	<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'employeur Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Ou reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com • Pour le Salarié : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Ou reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 • ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 du contrat ou l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.
Apicil Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège sociale : 38 rue François Peissel 69300 CALUIRE, SIREN n° 321 862 500	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : APICIL Prévoyance Direction Services clients – Equipe réclamation 38, rue François Peissel 69300 CALUIRE ET CUIRE 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateurde-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire • ou par mail à : dpo@apicil.com 	<ul style="list-style-type: none"> • Directement depuis le formulaire de résiliation en ligne disponible sur l'espace client via le site https://mon.apicil.com/ • 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 du contrat ou l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.
AG2R Prévoyance	Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N° SIREN 333 232 270	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance/santé à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX • ou en joignant un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9. En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations d'AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur de la protection sociale – 10 rue Cambacérés 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à : AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex • ou par courrier à : informatique.libertes@ag2ramondiale.fr. 	<p>Résiliation annuelle ou infra – annuelle du contrat collectif par l'entreprise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'espace client via le site www.ag2ramondiale.fr ; ▪ Soit par lettre ou tout autre support durable (notamment par courriel à l'adresse suivante : entreprise.santeprevoyance@ag2ramondiale.fr) ▪ Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution ; ▪ Soit par acte extrajudiciaire. <p>Résiliation annuelle (ou infra annuelle) de l'extension facultative du régime aux ayants droit (affiliations individuelles) par l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'espace client via le site www.ag2ramondiale.fr ; ▪ Soit par lettre ou tout autre support durable (notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2ramondiale.fr) ; ▪ Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution ; ▪ Soit par acte extrajudiciaire.

<p>Harmonie Mutuelle Groupe VYV</p>	<p>Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris, numéro LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57</p>	<p>• par courrier à : Service qualité Relation adhérents CS 81021 49000 - ANGERS CEDEX 01</p>	<p>• sur le site du médiateur : http://cnpnm-mediation-consommation.eu</p> <p>• ou par courrier à son adresse postale : CNPm MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND</p>	<p>• par courrier à : Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 NANTES CEDEX 2</p> <p>• ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr</p>	<p>Le support de résiliation du souscripteur à la mutuelle peut être au choix :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ; • une lettre simple ou tout autre support durable ; • une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ; • un acte extrajudiciaire ; • lorsque la mutuelle propose la souscription par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ; • soit par tout autre moyen prévu par le contrat. <p>La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification du souscripteur.</p>
--	--	--	---	--	---



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le Livre IX
du Code de la sécurité sociale
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181



APICIL PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX
du Code de la sécurité sociale
Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 Caluire
N° SIREN 321 862 500



AG2R PREVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité
sociale, Siège social : 14-16 Boulevard Malesherbes -
75008 Paris, N° SIREN 333 232 270.



HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de
la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le
n° 538 518 473, n° LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siege social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

Résumé de garanties

CCN Organismes de formation (IDCC 1516 – Brochure n° 3249)

Niveau 3 obligatoire

Ensemble du personnel

À compter du 1^{er} janvier 2021

Le niveau d'indemnisation défini ci-dessous s'entend **y compris** sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO :

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique.

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limite de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

RSS : Remboursement Sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par l'application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

Hospitalisation

Nature des frais		Niveau 3 obligatoire
Hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité		
Frais de séjour		100 % BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires		
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie, actes techniques médicaux, autres honoraires	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Chambre particulière avec nuitée		30 € / jour (max 10 jours / année civile)
Chambre particulière en ambulatoire		15 € / jour
Lit accompagnant		30 € / jour (max 10 jours / année civile)

Transport

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR

Soins courants

Nature des frais		Niveau 3 obligatoire
Honoraires médicaux		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, actes d'échographie	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Sages-femmes		100 % BR

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR
Pharmacie	
Médicaments remboursés Sécurité sociale	100 % BR
Pharmacie hors médicaments remboursée Sécurité sociale	100 % BR
Vaccins prescrits et non remboursés Sécurité sociale	75 € par année civile
Contraceptif	100 € par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	150 % BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Autres actes

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Cures thermales remboursées Sécurité sociale	
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport	100 % BR
Honoraires	100 % BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale et définis par la réglementation	100 % BR

Médecine douce

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	40 € / séance (Max. 4 / année civile)
Psychomotricien non pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % FR pour le bilan + 15 € / séance

Aides auditives

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Aides auditives personnes >= 20 ans	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽³⁾
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 ^e après correction)	
Équipements libres ⁽⁴⁾	
Aides auditives personnes >= 20 ans	1700 € / prothèse ⁽³⁾
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 ^e après correction)	1700 € / prothèse ⁽³⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽²⁾	100 % BR

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement. Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € / aide auditive, remboursement Sécurité sociale inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Dentaire

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR
Prothèses	
Soins et prothèses 100 % Santé⁽¹⁾	
Inlay core	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Panier maîtrisé⁽²⁾	
Inlay, onlay	100 % FR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Inlay core	100 % FR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	100 % FR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Panier libre⁽³⁾	
Inlay, onlay	125 % BR
Inlay core	150 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275 % BR
Autres actes dentaires	
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	125 % BR
Implants dentaires (hors pilier, hors scanner)	200 € / année civile
Parodontologie remboursée Sécurité sociale	100 % BR
Parodontologie non remboursée Sécurité sociale	60 € / année civile

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(4) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Optique

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾	
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 verres) ⁽²⁾	3SS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Bénéficiaire de moins 16 ans (Monture + 2 verres) ⁽²⁾	
Prestation d'appariage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	
Équipements libres⁽³⁾	
Équipement simple (monture + 2 verres simples de classe B) ⁽²⁾	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Équipement complexe (monture + 2 verres complexes de classe B) ⁽²⁾	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Équipement mixte (monture avec un verre simple de classe B + un verre complexe de classe B) ⁽²⁾	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR
Autres prestations	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + 60 € / année civile ⁽⁵⁾
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	60 € / année civile ⁽⁵⁾
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € / œil / année civile

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

La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A (hors remboursement Sécurité sociale), pour la monture de classe B ;
- du coût de la monture de classe A (hors remboursement Sécurité sociale), pour les verres de classe B.

(2) 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.

(3) Équipements 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(4) Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(5) Le crédit de 60 € par année civile s'apprécie au global pour les lentilles acceptées et refusées par la Sécurité sociale (et non séparément).

Grille optique « verres de classe B »

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Qualification par verre
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple
		SPH > 0 et s ≤ + 6	Simple
		SPH > 0 et s > + 6	Complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe
		SPH de - 4 à + 4	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH < à -4 ou > à + 4	Complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe
		SPH > 0 et s ≤ + 8	Complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Complexe
		SPH > 0 et s > + 8	Complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Complexe

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Prestations au titre du degré élevé de solidarité *

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Financement, pendant une période de 1 an - au titre du degré élevé de solidarité - 100 % de la part salariale de la cotisation des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise	

* Prestation non contributive, versée dans la limite du fonds DES disponible.