



RÉGIME
FACULTATIF

CONDITIONS GÉNÉRALES

RÉGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTÉ

Convention collective nationale des établissements
et services pour personnes inadaptées et handicapées
du 15 mars 1966 – IDCC n° 413

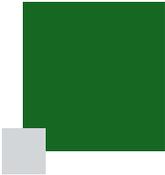


NOVEMBRE 2016



Sommaire

PRÉAMBULE	4
TITRE I. Dispositions communes	5
Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat	5
Chapitre II. Assurés	6
Chapitre III. Affiliation et prise d'effet des garanties	6
Chapitre IV. Suspension, maintien et terme des garanties	7
Chapitre V. Obligations des parties	8
Chapitre VI. Cotisations	9
Chapitre VII. Sauvegarde, résiliation et contrôle	10
Chapitre VIII. Autres dispositions	10
TITRE II. Définition des garanties et prestations « Frais de santé »	12
Chapitre IX. Étendue des garanties	12
Chapitre X. Modalités de calcul des prestations	13
Chapitre XI. Modalités de paiement des prestations	14
ANNEXE. Tableau des garanties	15
Grille optique 1	17
Grille optique 2	18



PRÉAMBULE

Par avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014, agréé le 30 décembre 2014 modifié en dernier lieu par l'avenant n° 338 du 3 juin 2016 (agréé par arrêté du 4 octobre 2016) à la **Convention Collective Nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**, les partenaires sociaux de la branche professionnelle ont organisé un régime de remboursement complémentaire des dépenses de santé.

Ce régime est institué au profit de l'ensemble du personnel visé (selon la catégorie contractuelle définie aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion), inscrit aux effectifs des entreprises relevant du champ d'application de ladite Convention Collective Nationale.

Cet accord prévoit un régime de base conventionnel obligatoire et deux niveaux de régime optionnel. La mise en place du niveau de garantie obligatoire est laissée à l'initiative de l'entreprise. Les salariés y sont alors affiliés à titre obligatoire au titre du contrat collectif dénommé « contrat principal »

Parallèlement à leur couverture de base obligatoire, les salariés ont la possibilité :

- de couvrir leurs ayants droit tels que définis dans les présentes Conditions générales, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de base conventionnel,
- de compléter le régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de soins de santé (deux niveaux de régime optionnel au choix pour le salarié et le cas échéant ses ayants droit).

Pour pouvoir bénéficier du régime optionnel facultatif, les salariés doivent être affiliés au régime de base conventionnel obligatoire de frais de soins de santé.

Le niveau de garantie souscrit par l'entreprise est défini aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion.

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

TITRE I:

DISPOSITIONS COMMUNES

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

ARTICLE 1. OBJET

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

- d'une part, l'entreprise dont l'activité relève de la branche des **établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**, indiquée aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion, et ci-après dénommée « **Entreprise** » ;
- et d'autre part, les « **Organismes assureurs** », suivants :

- **AG2R RÉUNICA Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE, 104-110, Boulevard Haussmann, 75008 PARIS – Membre du GIE AG2R RÉUNICA.
- **MUTEX-l'alliance mutualiste** composé de :
 - **MUTUELLE CHORUM**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 784621419, Siège social: 4/8, rue Gambetta - 92240 MALAKOFF substituée intégralement par **MUTEX UNION**, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n° 442 5744166,
 - **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 311799878, Siège social : 25, place de la Madeleine 75008 PARIS
 - **APREVA**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391, Siège social : 20, boulevard Papin – BP 1173 – 59012 LILLE.
 - **EOVI MCD**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 317 442 176, Siège social : 173, rue de Bercy – CS 31802675584 PARIS Cedex 12.
 - **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 538 518 473, Siège social : 143, rue Blomet – 75015 PARIS.
 - **OCIANE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085, Siège social: 8, terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex.
 - **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040, Siège social: 125, avenue de Paris – 92 327 CHÂTILLON Cedex.

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre du dispositif **MUTEX-l'alliance mutualiste**.

- **KLESIA Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale – 4, rue Georges-Picquart – 75017 PARIS. La gestion est assurée par la iGESTION dont le siège social est situé au 114, rue d'Aguesseau, 92100 BOULOGNE BILLAN COURT
- **MALAKOFF MÉDÉRIC Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947 – 21, rue Laffitte – 75317 PARIS Cedex 9.
- **MUTUELLE INTÉGRANCE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 340 359 900, siège social : 89, rue Damrémont – 75882 PARIS Cedex 18, substituée pour la constitution des garanties d'assurance en complémentaire santé par la Mutuelle MICILS, immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° 302 927 553, siège social: 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE. La gestion est assurée par MICILS, Mutuelle du Groupe APICIL, siège social: 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

Le présent Contrat est **obligatoirement souscrit auprès de l'organisme assureur librement choisi par l'entreprise pour la souscription du contrat principal, ainsi que le contrat collectif facultatif « régime d'accueil » au bénéfice des personnes visées par l'article 4 de la loi Evin. Ces trois contrats collectifs constituent l'ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé de la Convention Collective Nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966. Ils sont nécessairement liés.**

L'organisme assureur ainsi retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés ou des ayants droit des salariés, et est ci-après dénommé « **l'organisme assureur** », le cas échéant représenté par « **l'organisme gestionnaire** ».

Le présent Contrat a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale en remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ainsi que les prestations prévues au titre du Contrat à adhésion obligatoire et ce **au profit des salariés qui ont librement choisi d'adhérer au présent contrat, et le cas échéant leurs ayants droit.**

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les salariés et le cas échéant leurs ayants droit dûment affiliés bénéficient du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés.

En complément, les salariés et leurs ayants droit pourront bénéficier du Fonds de Solidarité mis en place par l'avenant n° 328 et modifié par l'avenant n° 334 du 29 avril 2015.

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

ARTICLE 2. DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION

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

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

Il est ensuite reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie selon les modalités définies à l'article 15 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Disposition spéciale :

En cas de révision de la **Convention Collective Nationale du 15 mars 1966, sous réserve de la parution au Journal Officiel de l'agrément de l'avenant de révision** entraînant, une modification du présent Contrat, notamment des taux de cotisation, celle-ci sera proposée sans délai et formalisée par avenant.

CHAPITRE II. ASSURÉ

MEMBRES PARTICIPANTS

Pour l'application du présent Contrat, il faut entendre par **Membres participants**, les bénéficiaires du Contrat principal, à savoir **l'ensemble des salariés (selon la catégorie contractuelle définie aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion) titulaires d'un contrat de travail ou d'apprentissage inscrits à l'effectif de l'entreprise** à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale et qu'ils formulent leur demande d'affiliation dans les conditions définies à l'article 3 des présentes Conditions générales.

Chaque salarié dûment affilié acquiert la qualité de « **Membre participant** » de l'organisme assureur ou organisme gestionnaire partie aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion joints ou au Bulletin Individuel d'Affiliation retourné, avec mention de l'accord de l'organisme assureur sur l'acceptation de l'affiliation, dont relève l'Entreprise dans laquelle il est salarié.

En outre, les ayants droit du Membre participant tels que définis ci-après peuvent bénéficier de l'affiliation au régime Frais de santé, au même niveau de garanties que le Membre Participant, par le biais du présent Contrat à adhésion **facultative**.

AYANTS DROIT

On entend par ayant droit du Membre participant :

- son conjoint bénéficiant de la Sécurité sociale du fait de l'affiliation du membre participant ou d'une affiliation personnelle.

Est assimilé au conjoint du membre participant :

- **son concubin.**

Est considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve qu'une période de vie commune d'une année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF notamment)

et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union. L'organisme assureur peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du membre participant ;

- **son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).**

Est considérée comme partenaire de PACS, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que ceux dont bénéficient les membres participants du Contrat.

- **ses enfants à charge**

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du membre participant et ceux de son conjoint, âgés de moins de 26 ans :

- affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
- demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, dans la limite de 12 mois ;
- en contrats d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- célibataires et rattachés fiscalement au foyer des parents.

Les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'événement.

Les pièces justifiant de la qualité des ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur affiliation.

CHAPITRE III. AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

ARTICLE 3. MODALITÉS D'AFFILIATION, PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION

3.1. MODALITÉS D'AFFILIATION ET PRISE D'EFFET

Le salarié exprime librement sa volonté d'être affilié au présent Contrat, et le cas échéant d'affilier ses ayants droit, pour le même niveau de garanties, sous réserve d'en formuler la demande lors de son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire principal.

L'affiliation est formalisée par un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par le Membre participant, le bulletin devant être remis à l'organisme assureur par l'intermédiaire de l'entreprise ou directement adressé à l'organisme assureur le cas échéant.

Pour les salariés présents à l'effectif de l'entreprise à la date d'effet du présent Contrat, les garanties prennent effet dès lors qu'ils ont exprimé leur volonté d'être affilié au Contrat à adhésion facultative.

Pour les salariés embauchés postérieurement à cette date, les garanties prennent effet dès lors que celles prévues au contrat obligatoire débutent et qu'ils ont exprimé leur volonté d'être affiliés au Contrat à adhésion facultative.

Dans tous les cas, l'affiliation prend effet après acceptation expresse de l'organisme assureur formalisée par l'émission de

conditions particulières ou d'un certificat ou le cas échéant après avoir retourné le Bulletin Individuel d'Affiliation marquant son accord pour la prise d'effet des garanties et la date retenue. En tout état de cause, elles prennent effet sous réserve du paiement de la cotisation concernant les membres participants, et le cas échéant leurs ayants droit.

Par la suite, chaque salarié qui n'aurait pas choisi d'être affilié à la date d'effet du présent Contrat ou lors de son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire principal, conserve la possibilité d'être affilié au Contrat facultatif au 1^{er} janvier de chaque exercice, sous réserve d'en formuler la demande par écrit, dans les conditions prévues au présent article, auprès de l'organisme assureur dont relève son employeur, au plus tard le 31 octobre de l'exercice en cours, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Cependant, **en cas de changement de situation de famille ou de situation administrative**, le Membre participant a la possibilité de s'affilier au présent Contrat en cours d'année, lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- Mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), concubinage ou fin de concubinage,
- Naissance ou adoption d'un enfant, reconnaissance de paternité,
- Changement de situation professionnelle du conjoint, partenaire de PACS ou concubin entraînant l'adhésion,
- Décès d'un ayant droit.

La demande doit être adressée à l'organisme assureur dans **les deux mois suivant la survenance de l'événement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

L'affiliation prendra alors effet dès le premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est postérieure à la date de prise d'effet de l'affiliation peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

3.2. MODALITÉS D'AFFILIATION DES AYANTS DROIT ET PRISE D'EFFET

Les ayants droit déclarés par le membre participant en même temps que sa propre affiliation bénéficient des garanties à la même date d'effet.

En cas d'évènement conférant la qualité d'ayant droit au sens du contrat, (mariage, pacs, naissance, ...), l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'évènement.

Dans tout autre cas, l'adjonction d'un ayant droit ne pourra donner lieu à garantie qu'à effet du 1^{er} janvier de l'année, sous réserve d'être déclaré au plus tard le 31 octobre qui précède.

Le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit (lui-même et ses éventuels autres ayants droit restant garantis) à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant cette date et au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

3.3. FACULTÉ DE RENONCIATION

Le Membre participant peut renoncer au bénéfice du Contrat à adhésion facultative, par lettre recommandée avec avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

La renonciation entraîne de plein droit la restitution par l'organisme assureur de l'intégralité des cotisations versées par le Membre participant dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, sous déduction des éventuelles prestations versées.

3.4. RÉSILIATION DE L'AFFILIATION

a) Résiliation à l'échéance annuelle

Le Membre participant peut demander à résilier son affiliation au présent Contrat, en adressant à l'organisme assureur une demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception **au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours conformément aux dispositions de l'article 15.**

CHANGEMENT DE SITUATION DE FAMILLE

En cas de changement de situation de famille, le Membre participant a la possibilité de résilier son affiliation au présent Contrat, pour les mêmes motifs que ceux lui permettant de s'affilier en cours d'année. La demande du Membre participant doit être adressée à l'organisme assureur dans **les deux mois suivant la survenance de l'évènement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

La résiliation prendra alors effet rétroactivement à la date de l'évènement, sous réserve qu'aucune prestation n'ait été versée.

La résiliation vaut tant pour le Membre participant que pour ses ayants droit.

Toute demande de résiliation est considérée comme définitive.

Par exception à ce principe et sous réserve que le présent contrat soit toujours en vigueur, une nouvelle affiliation pourra être acceptée par l'assureur :

- en cas de changement de situation de famille ou de chômage du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin dûment justifié,
- dans tous les autres cas, à condition que la radiation à l'affiliation précédente soit effective depuis plus de deux ans.

b) Résiliation en raison de la modification des droits et obligations du Membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations du Membre participant, l'entreprise est tenue d'en informer chaque Membre participant en lui remettant une notice d'information établie à cet effet par l'organisme assureur.

Tout Membre participant peut ainsi, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

CHAPITRE IV. SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES

ARTICLE 4. SUSPENSION DES GARANTIES

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties, dans les conditions prévues à l'article 12 « Défaut de paiement des cotisations » du présent Contrat.

ARTICLE 5. MAINTIEN DES GARANTIES

5.1. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

La suspension des garanties prévues au Contrat obligatoire entraîne la suspension des présentes garanties qui lui sont impérativement

liées. En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation dans les conditions énoncées au Contrat Obligatoire, les garanties définies aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion sont maintenues, pendant toute la durée de suspension du contrat de travail, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

En cas de suspension du contrat de travail du membre participant excédant 1 mois continu et ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ni à une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) dans les conditions énoncées au Contrat Obligatoire, les garanties du membre participant sont suspendues de plein droit, pour lui-même et ses ayants droit, à la date de la suspension du contrat de travail et aucune cotisation n'est due au titre du membre participant concerné.

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

Le membre participant dont la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à maintien des garanties comme indiqué ci-dessus peut toutefois demander à bénéficier, à titre facultatif, du maintien des garanties décrites dans le Contrat, pour lui-même et ses ayants droit, conformément aux conditions définies en Annexe I-A du Contrat obligatoire et sous réserve du maintien des garanties du contrat obligatoire.

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail et, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

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

5.2 ANCIENS SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET INDEMNISÉS PAR PÔLE EMPLOI (PORTABILITÉ)

En application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies aux présentes Conditions Générales, ainsi que celles définies au contrat principal, sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés à l'exception du licenciement pour faute lourde ;
- l'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire qu'ils bénéficient, à la date de cessation de leur contrat de travail, du régime de frais de santé prévu aux présentes Conditions Générales.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié (terme du délai de préavis, effectué ou non), et se prolonge pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations notamment) pendant la période de maintien

des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité ainsi qu'à leurs ayants droit, le cas échéant dès lors qu'ils étaient bénéficiaires de l'extension facultative prévue au présent contrat, à la date de cessation du contrat de travail.

ARTICLE 6. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du Contrat cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 12 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;
- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date de cessation du contrat de travail du membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits ;
- à la date de résiliation de l'affiliation par le Membre participant effectuée dans les conditions prévues à l'article 3.4 « Résiliation de l'affiliation » des présentes conditions générales. La résiliation de l'adhésion est considérée comme définitive ;
- à la date de résiliation du présent Contrat ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat à adhésion obligatoire.
- Pour les ayants droit, à la même date que la résiliation du membre participant, et antérieurement, à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayants droit.

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

La cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du Membre participant entraîne à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre au profit de ses ayants droit.

CHAPITRE V. OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 7. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

L'affiliation du membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis, via l'entreprise, par l'organisme assureur. Sont indiqués sur ce document, les ayants droit déclarés par le Membre participant. Celui-ci adresse ce bulletin à l'organisme assureur dont relève son entreprise, soit lors de la prise d'effet du présent Contrat collectif, soit lors de son entrée en fonction dans le cas d'une embauche postérieure à la date d'effet du Contrat, soit en cours d'année en cas de changement de situation familiale. Dans ce cas, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'événement.

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

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

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

ARTICLE 8. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

Changement d'activité

Dans le cas où l'entreprise change d'activité, ne relève plus de la **Convention Collective Nationale du 15 mars 1966**, elle devra le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard **deux mois** après ledit changement. Les organismes assureurs se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'article 15 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Information des membres participants

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

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

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

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, l'entreprise est également tenue de les en informer en leur remettant une Notice dûment actualisée ou un additif établi à cet effet par les organismes assureurs et d'informer par écrit les membres participants des modifications apportées à leurs droits et obligations.

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

CHAPITRE VI. COTISATIONS

ARTICLE 9. ASSIETTE DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité. Celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

ARTICLE 10. STRUCTURES DE COTISATIONS

La cotisation est fixée par salarié isolé.

Par ailleurs, si le Membre participant opte, de façon **facultative**, pour la couverture de ses ayants droit, une cotisation « Conjoint/Enfant » est retenue en sus de la cotisation « Salarié ».

- Cotisation « **Conjoint ou assimilé** » qui couvre de façon **facultative**, le conjoint du Membre participant, ou à défaut son partenaire de PACS ou concubin, tels que définis au chapitre II « Ayants droit » des présentes conditions générales;
- Cotisation « **Enfant** » qui couvre de façon **facultative**, le(s) enfant(s) à charge, tels que définis au chapitre II « Assuré » des présentes conditions générales (pas de cotisation additionnelle à compter du 3^e enfant à charge).

L'affiliation du membre participant entraîne l'affiliation à la même date de l'ensemble de ses ayants droit déclarés, tels que définis au chapitre II « Assuré » du présent Contrat.

ARTICLE 11. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion.

Cette cotisation, en fonction du choix effectué par l'entreprise lors de la souscription du présent Contrat, est payable :

- soit par le membre participant
- soit par le souscripteur pour l'ensemble de la catégorie assurée (précompte).

11.1 PAIEMENT DES COTISATIONS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Les cotisations afférentes à l'adhésion facultative du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit sont payables par le membre participant, mensuellement, au terme prévu dans le document formalisant l'acceptation expresse de l'adhésion par l'organisme assureur.

Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'organisme assureur ou gestionnaire.

11.2 PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ENTREPRISE

Dans le cas où le souscripteur assure le précompte des cotisations, il est seul responsable de leur paiement en totalité et la cotisation est payable trimestriellement à terme échu.

Elle est exigible le 10^e jour suivant le début de chaque trimestre civil avec ajustement en fin d'année.

ARTICLE 12. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

12.1 PAIEMENT DES COTISATIONS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

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

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

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion et celle de ses ayants droit des garanties définies au présent Contrat.

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

12.2. PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ENTREPRISE

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

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

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

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

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

ARTICLE 13. RÉVISION DES COTISATIONS

Il est convenu entre les parties de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre.

On entend par équilibre un ratio prestations dues au titre d'une année civile (prestations versées dans l'année, y compris les variations de provisions pour sinistre à payer) sur les cotisations perçues au titre de cette même année (nettes d'indemnités de gestion, de la TSA dite « taxe CMU » et de la TSCA), inférieur ou égal à 1.

La Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance (CNPTP) de la CCN du 15 mars 1966, dans l'hypothèse où les comptes de résultats sont déficitaires, peut être amenée à renégocier les conditions de retour à l'équilibre du Contrat.

Lorsque le risque se trouve aggravé du fait d'une sinistralité importante enregistrée au cours de l'année civile écoulée ou à la suite de nouvelles dispositions réglementaires ou législatives faisant évoluer notamment, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, ou les impôts, taxes et contributions de toute nature, les organismes assureurs peuvent proposer les mesures à prendre pour restaurer l'équilibre du Contrat, soit par la mise en place d'un nouveau taux de cotisation, soit par le réaménagement des garanties, soit les deux.

Ces mesures seront formalisées par voie d'avenant au contrat.

CHAPITRE VII. SAUVEGARDE, RÉSILIATION ET CONTRÔLE

ARTICLE 14. SAUVEGARDE DU CONTRAT

Les garanties et les cotisations définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature de l'avenant n° 338 du 3 juin 2016.

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

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

ARTICLE 15. RÉSILIATION

Le présent contrat étant indissociablement lié au contrat principal couvrant les salariés à titre obligatoire, il ne peut être résilié indépendamment. La résiliation du Contrat principal emporte par voie de conséquence la résiliation du présent contrat à la même date d'effet, dans les conditions de forme et délais rappelées ci-après.

Le contrat peut être résilié à la demande de l'entreprise, à chaque échéance annuelle. Pour être recevable, la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement.

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

Cependant, en cas de résiliation du présent contrat, l'organisme assureur pourra proposer une couverture dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sous réserve que l'assuré en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé par l'organisme assureur, en vigueur à la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

ARTICLE 16. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES

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

CHAPITRE VIII. AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 17. PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court pas :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'organisme assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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

ARTICLE 18. DÉCLARATION ET APPRÉCIATION DU RISQUE

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

ARTICLE 19. SUBROGATION

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

ARTICLE 20. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

En vertu des dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et de la réglementation européenne sur la protection des données personnelles, l'entreprise et les Membres participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, des données personnelles les concernant qui feraient l'objet de traitements mis en œuvre par les organismes assureurs ou gestionnaires. Elles ont aussi le droit de définir des directives relatives au sort de leurs données personnelles après la mort. Les droits d'accès, de rectification et d'opposition peuvent s'exercer en s'adressant au siège de l'organisme assureur gestionnaire dont relève l'entreprise.

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

Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants et prestataires des organismes assureurs ou gestionnaires pour les besoins de la gestion du contrat. Elles sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre du traitement des données à des fins de gestion administrative. En cas de réponse incomplète de la part des bénéficiaires, l'Institution pourrait ne pas être en mesure de donner suite à leur demande. Les données personnelles collectées au titre de la gestion du présent contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

ARTICLE 21. RÉCLAMATION ET LITIGE/MÉDIATION

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

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

- à **AG2R Prévoyance** – Direction de la Qualité – , 104-110, Boulevard Haussmann 75379 PARIS cedex 08
- à **MUTEX** : à la mutuelle désignée par les conditions particulières.
- à **Mutuelle Intégrance** : au service Relations Clients – Groupe APICIL – 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE,
- à **KLESIA Prévoyance** : iGESTION – Centre de gestion KLESIA Prévoyance, TSA 40000 78457 VÉLIZY Cedex
- à **MALAKOFF MÉDÉRIC Prévoyance** : Service Réclamations (Entreprises ou particuliers) – 21 rue Laffitte – 75009 PARIS.

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

- pour AG2R La Mondiale : au conciliateur du groupe – 32, avenue Emile Zola – Mons-en-Barœul – 59896 LILLE Cedex 09,
- pour MUTEX, au médiateur nommé par l'assemblée générale de la mutuelle désignée par les conditions particulières,
- pour Mutuelle Intégrance, au médiateur de MICILS – 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE,
- pour KLESIA Prévoyance, au Médiateur du CTIP – 10, rue Cambacérès 75008 PARIS,
- pour MALAKOFF MÉDÉRIC Prévoyance, au médiateur du CTIP – 10, rue Cambacérès – 75008 PARIS.

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

TITRE II

DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

La garantie s'applique en complément de celle objet du contrat principal.

CHAPITRE IX. ÉTENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 22. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

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

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

ARTICLE 23. DISPOSITIF « CONTRAT RESPONSABLE »

Les prestations définies aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion joints s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation sociale et fiscale relatives aux « contrats responsables », définis aux articles L871-1, 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 du Code de la sécurité sociale.

En aucun cas les termes du présent Contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

Conformément aux dispositions des textes précités:

Le Contrat ne prend pas en charge

- la majoration de la participation du membre participant prévue à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la Santé publique (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins);
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le membre participant consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit à titre indicatif au minimum 8 euros);
- la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un

membre participant, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile;

- la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L160.13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D 160.9 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour:
 - 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L5111-2, L5121-1 et L5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
 - 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 - 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur. Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du Contrat.

ARTICLE 24. PRISE EN CHARGE DU TICKET MODÉRATEUR

La prise en charge du ticket modérateur est effectuée pour les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au contrat, y compris les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, relatifs à la prévention.

Tiers payant :

A compter du 1^{er} janvier 2017, les personnes assurées au titre du présent contrat pourront bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie souscrite, au moins à hauteur du Ticket Modérateur.

ARTICLE 25. DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée suivants :

- Contrat d'Accès aux Soins (CAS)
- OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée)
- OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

Elle doit respecter la double limite suivante :

- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,
- elle ne doit pas dépasser 100 % du tarif de responsabilité depuis le 1^{er} janvier 2017.

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

Si le remboursement des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée n'est pas plafonné, le maximum de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est portée 100 % du tarif de responsabilité depuis le 1^{er} janvier 2017.

Forfait journalier :

Sauf précision contraire dans le tableau des garanties souscrites, le contrat prend en charge l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sous réserve des exclusions suivantes :

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

Honoraires :

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

ARTICLE 26. OPTIQUE

Sauf disposition contraire figurant au tableau des garanties souscrites :

- les prestations de ce poste s'expriment sous la forme d'un forfait en euros par équipement (une monture et deux verres).
- les prestations « une monture » et « deux verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire.

Cette période de 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de la date d'acquisition d'un équipement d'optique.

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

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

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

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

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur gestionnaire.

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

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

- **Les verres dits « simples » ou « à simple foyer »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries.

- **Les verres dits « complexes »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

- **Les verres dits « hyper complexes »** correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

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

ARTICLE 27. TERRITORIALITÉ

Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés affiliés au régime de Sécurité sociale français.

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger viennent en complément des remboursements de l'Organisme d'Assurance maladie français et sont versées en euros.

Lorsque ces soins ne correspondent pas à des actes remboursés par les Organismes d'Assurance maladie français mais sont toutefois expressément garantis par le contrat, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, précisant a minima le montant et la nature des frais engagés.

Les prestations servies par l'Organisme assureur le sont dans la limite des garanties souscrites.

Les salariés garantis exercent leur activité dans le champ géographique de la CCN du 15 mars 1966 : France métropolitaine et départements français d'Outre-Mer.

CHAPITRE X. MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

ARTICLE 28. MONTANTS RETENUS

Prestation exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

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

Montants des frais réels retenus

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

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

Maternité

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

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

Sont couverts à ce titre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation, l'ensemble des frais d'analyses et d'examen en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

ARTICLE 29. DISPOSITION POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS-RHIN, DU HAUT-RHIN ET DE LA MOSELLE

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

ARTICLE 30. CALCUL DES PRESTATIONS EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de 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. À cet effet, l'organisme assureur pourra demander des justificatifs.

ARTICLE 31. PRINCIPE INDEMNITAIRE

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

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

CHAPITRE XI. MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 32. FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont traitées :

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

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

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

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

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

Si, à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré fournit intentionnellement des documents faux ou dénaturés, il perd tout droit à remboursement.

ARTICLE 33. DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

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

ANNEXE

TABLEAU DES GARANTIES

Remboursement total dans la limite des frais réels inclus le remboursement de la sécurité sociale (sauf pour les forfaits).	BASE CONVENTIONNELLE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
FRAIS D'HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ			
Frais de séjour	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires (signataires OPTAM*/OPTAM CO*): Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Acte d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM)	220 % BR	220 % BR	300 % BR
Honoraires (non signataires OPTAM*/OPTAM CO*): Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Acte d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR (limité au forfait réglementaire en vigueur)
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière par jour : Conventionné	100 % FR limité à 2 % PMSS	100 % FR limité à 2 % PMSS	100 % FR limité à 3 % PMSS
Personne accompagnante : Conventionné	100 % FR limité à 1,5 % PMSS	100 % FR limité à 1,5 % PMSS	100 % FR limité à 3 % PMSS
FRAIS MÉDICAUX			
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non de l'OPTAM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	200 % BR	200 % BR	220 % BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	180 % BR	180 % BR	200 % BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)	aucun	25 €/séance dans la limite de 4 séances par année civile /bénéficiaire	25 €/séance dans la limite de 4 séances par année civile /bénéficiaire
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de biologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et Actes techniques médicaux (ATM) signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	170 % BR	170 % BR	170 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et Actes techniques médicaux (ATM) non signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Radiologie, Actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires de l'OPTAM*/ OPTAM CO*	145 % BR	145 % BR	170 % BR
Radiologie, Actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires de l'OPTAM*/ OPTAM CO*	125 % BR	125 % BR	150 % BR

Remboursement total dans la limite des frais réels inclus le remboursement de la sécurité sociale (sauf pour les forfaits).	BASE CONVENTIONNELLE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
Orthopédie et autres prothèses	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses auditives	20 % PMSS limité à 2 actes par année civile (au minimum 100% de la BR)	20 % PMSS limité à 2 actes par année civile (au minimum 100% de la BR)	45 % PMSS limité à 2 actes par année civile (au minimum 100% de la BR)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

DENTAIRE

Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	300 % BR	300 % BR	350 % BR
Refusée par la Sécurité sociale	250 % BR	250 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires : 3 prothèses maximum par année civile et par bénéficiaire et au-delà, la garantie est limitée au panier de soins			
Remboursée par la Sécurité sociale : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	250 % BR	325 % BR	450 % BR
Remboursée par la Sécurité sociale : dents de fond de bouche	220 % BR	250 % BR	350 % BR
Inlays-core et inlays à clavettes	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	Crédit de 7 % du PMSS par année civile	Crédit de 7 % du PMSS par année civile	Crédit de 10 % du PMSS par année civile
Implantologie	Crédit de 20 % du PMSS par année civile	Crédit de 22 % du PMSS par année civile	Crédit de 25 % du PMSS par année civile

OPTIQUE

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée pour les adultes où la période est réduite à 12 mois *) et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique.

* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 12 mois en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165-1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

Verres / monture adulte / monture enfant	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	100 % BR (si acceptées par la Sécurité sociale) + crédit de 3 % PMSS par année civile	100 % BR (si acceptées par la Sécurité sociale) + crédit de 3 % PMSS par année civile	100 % BR (si acceptées par la Sécurité sociale) + crédit de 6,5 % PMSS par année civile
Chirurgie réfractive	Crédit de 22 % du PMSS par année civile	Crédit de 22 % du PMSS par année civile	Crédit de 25 % du PMSS par année civile

ACTES DE PRÉVENTION (VISÉS PAR L'ARRÊTÉ DU 08/06/2006)

Prise en charge des actes de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---	----------	----------	----------

ACTES DIVERS

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---	----------	----------	----------

LEXIQUE

BR = base de remboursement de la Sécurité sociale : le montant défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

FR = frais réels

TM = ticket modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Dans le cadre du contrat responsable, pour les honoraires des praticiens non conventionnés, le ticket modérateur est systématiquement couvert.

OPTAM/OPTAM-CO = Option pratique tarifaire maîtrisée / Option pratique tarifaire maîtrisée - Chirurgie obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/l'OPTAM-CO.

GRILLE 1

MINEURS < 18 ANS				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRIQUE				
Sphérique de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €
Sphérique de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €
Sphérique < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €
Cylindre > +4 sphère -6 ou +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphérique de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €
Sphérique < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphérique de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €
Sphérique < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €
MONTURE				
	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €
ADULTES				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRIQUE				
Sphérique de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €
Sphérique de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	100,00 €
Sphérique < -10 ou > +10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	125,00 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	85,00 €
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €
Cylindre > +4 sphère -6 ou +6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	135,00 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	150,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphérique de -4 à +4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €
Sphérique < -4 ou > +4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	175,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphérique de -8 à +8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €
Sphérique < -8 ou > +8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	200,00 €
MONTURE				
	2223342	2,84 €	1,70 €	130,00 €

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

LPP = liste des produits et prestations

GRILLE 2

MINEURS < 18 ANS				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRIQUE				
Sphérique de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €
Sphérique de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €
Sphérique < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < + 4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €
Cylindre < + 4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €
Cylindre > + 4 sphère -6 ou +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €
Cylindre > + 4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	130,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphérique de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	120,00 €
Sphérique < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	140,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphérique de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	150,00 €
Sphérique < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	170,00 €
MONTURE				
	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €
ADULTES				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRIQUE				
Sphérique de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	90,00 €
Sphérique de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	110,00 €
Sphérique < -10 ou > +10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130,00 €
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < + 4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100,00 €
Cylindre < + 4 sphère < -6 ou > +6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	120,00 €
Cylindre > + 4 sphère -6 ou +6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	140,00 €
Cylindre > + 4 sphère < -6 ou > +6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	160,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphérique de -4 à +4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	180,00 €
Sphérique < -4 ou > +4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	200,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphérique de -8 à +8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	210,00 €
Sphérique < -8 ou > +8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	230,00 €
MONTURE				
	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €

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

LPP = liste des produits et prestations

AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale,
membre d'AG2R LA MONDIALE, 104-110 Boulevard Haussmann, 75008 PARIS – Membre du GIE AG2R RÉUNICA

MUTEX, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 euros,
enregistrée au RCS de NANTERRE sous le n° 529219040, Société régie par le Code des Assurances
Siège social : 125, avenue de Paris – 92327 CHÂTILLON Cedex

KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale –
4 rue Georges Picquart – 75017 PARIS

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

MUTUELLE INTÉGRANCE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene
sous le n° 340359900, Siège social : 89 rue Damrémont – 75882 PARIS Cedex 18, substituée pour la constitution des garanties
d'assurance en complémentaire santé par la Mutuelle MICILS, immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° 302927553,
siège social sis 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.
La gestion est assurée par MICILS, Mutuelle du Groupe APICIL, siège social : 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.