



RÉGIME
OBLIGATOIRE
Ensemble
du personnel

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. Membre participant	6
Chapitre III. Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties	6
Chapitre IV. Obligations des parties	8
Chapitre V. Cotisations	9
Chapitre VI. Sauvegarde, résiliation et contrôle	9
Chapitre VII. Autres dispositions	10
TITRE II. Définition des garanties et prestations « Frais de santé »	12
Chapitre VIII. Étendue des garanties	12
Chapitre IX. Modalités de calcul des prestations	13
Chapitre X. Modalités de paiement des prestations	14
ANNEXE I. Maintien des garanties	15
A. En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation	15
B. Membres participants privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi	15
ANNEXE II. Tableau des garanties	17
Grille optique 1	19
Grille optique 2	20



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 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 (le cas échéant leurs ayants droit) y sont alors affiliés à titre obligatoire.

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

Les présentes Conditions Générales associée 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 obligatoire 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 au 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, 75 008 PARIS – Membre du GIE AG2R RÉUNICA.
- **MUTEX-l'alliance mutualiste** composée de :
 - **MUTUELLE CHORUM**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 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° 442574166,
 - **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.
 - **APRÉVA**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775627391, 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° 317442176, Siège social : 173 rue de Bercy – CS 31802- 75584 PARIS Cedex 12.
 - **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 538518473, 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° 434243085, 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° 529219040, Siège social : 125, avenue de Paris – 92327 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 BILLANCOURT.
- **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 dont le siège social est 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 Darnémont – 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 : 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE. La gestion est assurée par MICILS, Mutuelle du Groupe APICIL, siègesocial : 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

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

Dès lors que l'entreprise aura choisi librement l'assureur de ses garanties collectives obligatoires, elle devra souscrire auprès du même organisme assureur, le contrat régime d'accueil (Article 4 Loi Evin) ainsi que le contrat collectif à adhésion facultative organisant la mise en place de régimes optionnels au profit de ses salariés et le cas échéant de leurs ayants droit

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.

Les salariés ainsi affiliés au Contrat deviennent **membres participants**, soit de l'Institution, soit de la Mutuelle auprès de laquelle ont été souscrits les contrats (ils ne deviennent pas membres de l'ensemble des organismes assureurs).

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, selon le choix de régime retenu par l'entreprise dans le cadre du régime de Base et/ou du régime de Base et du régime Optionnel, dont les garanties sont définies aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion joints et ce au profit des salariés visés (le cas échéant au profit de leurs ayants droit sur option souscrite par l'entreprise) obligatoirement affiliés au présent Contrat.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les membres participants bénéficient du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés. Ces derniers feront l'objet d'un document annexé au Contrat.

En complément, les membres participants 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 entreprises adhérentes au Contrat et relevant de la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966 affilient leurs salariés en vue de garantir, lors de la réalisation des risques, le versement des prestations garanties, selon les modalités définies ci-après.

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

ARTICLE 2. DATE D'EFFET, 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'arrêté d'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 aux présentes Conditions Générales.

CHAPITRE II. MEMBRE PARTICIPANT

Est affilié à titre **obligatoire** au Contrat **les salariés visés (selon la catégorie contractuelle définie aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion) titulaires d'un contrat de travail ou d'apprentissage et 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.

Toutefois, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au Contrat, sous réserve des dispenses de droit instaurées par la législation et la réglementation en vigueur et selon les modalités prévues par l'avenant N° 338 ou l'acte fondateur instituant le régime au niveau de l'entreprise conformément aux dispositions de l'article L 911-1 du Code de la Sécurité sociale ; ces dispenses d'affiliation doivent être conformes aux règles d'exonération prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ainsi qu'à ses obligations légales et conventionnelles.

Dès lors que les conditions ayant justifié les dispenses d'affiliation cessent, ou en l'absence de justificatifs, les salariés concernés devront alors être obligatoirement affiliés au contrat, selon les modalités légales ou conventionnelles en vigueur ou définies dans l'acte fondateur instituant le régime au niveau de l'entreprise.

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

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

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

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

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

ARTICLE 3. OUVERTURE ET SUSPENSION

3.1 CONDITIONS D'OUVERTURE DES GARANTIES

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

Lors de la souscription

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

En cours d'exercice

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

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

3.2. ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties entrent en vigueur pour un membre participant :

- soit à la prise d'effet du Contrat, dès lorsqu'il est membre participant de l'entreprise à cette date
- soit à compter de la date à laquelle il répond aux conditions définies au chapitre II des présentes Conditions Générales, lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du Contrat, sous réserve d'avoir été déclaré auprès de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'embauche. Passé ce délai, les garanties ne prendront effet qu'à la date de réception par l'organisme assureur de la déclaration d'adhésion par l'entreprise.

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

3.3. CAS DE SUSPENSIONS DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement à la charge de l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité), les garanties définies aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion sont maintenues, pendant toute la durée de suspension de son contrat de travail, au bénéfice de cette personne. Le bénéfice des garanties définies aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion est également maintenu au profit des membres participants dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- congé légal de maternité ou d'adoption,
- exercice du droit de grève,
- congés de solidarité familiale et de soutien familial,
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu.

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

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 (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité), les garanties du membre participant sont suspendues de plein droit. Il en est ainsi notamment en cas de :

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

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

La suspension des garanties intervient à la date de la suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération, ni à indemnisation complémentaire.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le membre participant, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise

en vigueur des garanties pour le membre participant sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

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

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

Maintien des garanties à titre facultatif

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

ARTICLE 4. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

4.1. ANCIENS SALARIÉS

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

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Evin » et le cas échéant, aux personnes garanties du chef du membre participant décédé, au plus tard dans **un délai de deux mois** à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les deux mois suivant le décès du salarié à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur dans les meilleurs délais. Les personnes qui étaient garanties en qualité d'ayants droit de l'assuré décédé alors qu'il était en activité peuvent également demander à bénéficier de la convention d'accueil.

En application de l'article 4 de la loi n° 891009 du 31 décembre 1989 (dite Loi EVIN), peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le Contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

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

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

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

Sous réserve de respecter les délais précités, et du paiement de la cotisation correspondante, les garanties prennent effet au plus tôt à la date de cessation du contrat de travail ou à la fin de la période de portabilité, ou à la date de décès du salarié pour ses ayants droit et au plus tard le lendemain de la demande.

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

Les modalités de couverture maintenues par les organismes assureurs figurent dans les dispositions du contrat spécifique prévu pour le régime d'accueil des anciens salariés.

4.2. 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, 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 (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'Assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) **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.

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

ARTICLE 5. 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 11 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;

- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur (sous réserve du bénéfice de l'article 4.1) ;
 - à la date de cessation du contrat de travail du membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits telles que prévues à l'article 4.2 ;
 - et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat.
- 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.

CHAPITRE IV. OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 6. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

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

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

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

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

ARTICLE 7. 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) ainsi qu'un document explicatif sur les modifications apportées à leurs droits et obligations.

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

CHAPITRE V. COTISATIONS

ARTICLE 8. 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.

Les montants des cotisations sont indiqués aux Conditions particulières ou au Certificat d'adhésion.

ARTICLE 9. STRUCTURES DE COTISATIONS

Elle est fixée par salarié, quelle que soit sa situation de famille. A ce titre, une structure de cotisation « **salarié isolé** » est retenue conformément à l'avenant n° 328.

ARTICLE 10. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payées trimestriellement à terme échu par l'entreprise directement à l'organisme assureur ou gestionnaire, au plus tard dans les dix jours qui suivent la fin du trimestre civil. Le calcul de chaque versement trimestriel est effectué à partir de l'effectif assuré au cours du trimestre au titre duquel les cotisations sont dues.

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

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

Lors de l'appel collectif de cotisations du 4^e trimestre, l'entreprise adhérente doit verser à l'organisme assureur le solde de la cotisation annuelle. Ce solde est égal à la différence entre la cotisation due au titre de l'exercice d'assurance et les montants déjà versés lors des précédents appels provisionnels.

Remarque :

En cas d'affiliation d'un membre participant, en cours de mois, conformément aux dispositions du chapitre II, elle est prise en compte à compter du 1^{er} jour du mois en cours. Le paiement de la cotisation correspondante sera dû à compter de la même date.

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

ARTICLE 11. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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'employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

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

ARTICLE 12. RÉVISION DES COTISATIONS

Les taux de cotisation mentionnés aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion joints sont maintenus **jusqu'au 31 décembre 2017 sous réserve des dispositions de l'article 14.**

Il est convenu entre les partenaires sociaux et les organismes assureurs recommandés de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre. Si des modifications sont apportées, elles seront

formalisées par voie d'avenant à la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966 et aux présentes Conditions Générales.

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

ARTICLE 13. RÉGULARISATION

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

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

CHAPITRE VI. 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 12 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des contributions employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'organisme assureur ne pourront s'en trouver aggravés.

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

ARTICLE 15. RÉSILIATION

Le Contrat peut être résilié :

- à la demande de l'organisme assureur, tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance annuelle soit le 31 octobre de chaque année;
- à la demande de l'entreprise, tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance annuelle soit le 31 octobre de l'année en cours;
- à la demande de l'organisme assureur, à l'issue du délai de préavis de deux mois, lorsque l'entreprise ne relève plus de la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966 en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective (en tout état de cause, le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai d'un an prévu à l'article L 2261-14 du code du travail);
- à la demande de l'organisme assureur, en cas de non-acceptation par l'entreprise de la révision prévue à l'article 12 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales;
- à tout moment à la demande de l'organisme assureur à l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations définie à l'article 11 « Défaut de paiement des cotisations » du contrat.

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

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

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 Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 09.

CHAPITRE VII. 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 jusqu'à.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par 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 à l'organisme assureur ou gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 18. DECLARATION ET APPRECIATION DU RISQUE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par le membre participant, servent de base à la garantie. L'organisme assureur 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 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 75 379 Paris cedex 08.
- à **MUTEX** : à la mutuelle désignée par les conditions particulières.
- à **Mutuelle Intégrance** : 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) – 78288 GUYANCOURT Cedex.

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 (ou par internet : <http://ctip.asso.fr/MEDIATION/>).

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

CHAPITRE VIII. 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 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 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 L.152-5-3 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 L.162-5 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 L.160.13 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 L.871-1 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 à 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 (monture + verres) peut être fait par période d'un an :

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

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

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

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'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 à 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 IX. 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 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'examens 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. A 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 X. 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 entête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom du membre participant; décomptes originaux des règlements du régime obligatoire de la Sécurité sociale).

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

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

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

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 I.

MAINTIEN DES GARANTIES

A – EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

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

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

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

1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

2. CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail du membre participant,
- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 4 ci-après,
- à la date de résiliation de l'adhésion individuelle par le membre participant, opérée par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à l'organisme assureur au moins deux mois avant la date de l'échéance la fin de l'année civile, étant précisé que cette résiliation est définitive,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite prévue par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- à la date de cessation du contrat de travail (correspondant au terme du préavis effectué ou non),
- et, en tout état de cause, au jour du décès du membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 4.1.

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

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

3. COTISATIONS

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

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

4. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

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

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

B – SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET INDEMNISÉS PAR PÔLE EMPLOI

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

1. DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES DU DISPOSITIF

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

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

- la cessation de ce contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur avant la cessation du contrat de travail.

2. OBLIGATIONS DES PARTIES

A. OBLIGATIONS DES ANCIENS SALARIÉS

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

B. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

L'entreprise doit remplir les obligations suivantes :

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

3. PRISE D'EFFET, DURÉE ET CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

A. PRISE D'EFFET DU MAINTIEN

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

B. DURÉE DU MAINTIEN

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

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

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

C. CESSATION DU MAINTIEN

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage (reprise d'activité professionnelle à temps plein ou partiel, liquidation de la pension de retraite de base notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve du bénéfice de cette indemnisation;

- en cas et à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail;
- au jour du décès de l'ancien salarié.

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

4. DÉFINITION DES GARANTIES ET PRESTATIONS

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

5. MODIFICATIONS CONTRACTUELLES

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

6. MODALITÉS DE FINANCEMENT

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

7. ARTICULATION ENTRE LES MODALITÉS DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET CELLES DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989 (LOI « EVIN »)

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

ANNEXE II.

TABLEAUX DES GARANTIES

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,	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,	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				
	2 223 342	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.