

Les



NOTICE D'INFORMATION

RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE POUR LE SALARIÉ
ET FACULTATIF POUR SES AYANTS DROIT
+ SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF OPTION 1 OU 2

Convention collective nationale des établissements
et services pour personnes inadaptées et handicapées
du 15 mars 1966



NOVEMBRE 2016



Sommaire

PRÉAMBULE	4
I. LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ	5
II. PRISE D'EFFET, SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES	6
III. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS	8
IV. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	11
ANNEXES	12

PRÉAMBULE

Conformément à l'avenant n° 338 du 3 juin 2016 de la CCN du 15 mars 1966, agréé le 4 octobre 2016, votre employeur a souscrit au bénéfice de son personnel **salaré titulaire d'un contrat de travail ou d'apprentissage et ce, dès le 1^{er} jour d'embauche, un contrat collectif à adhésion obligatoire, qui a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale, en remboursement des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie ou un accident.**

La gestion de vos prestations est confiée à l'un des **Organismes assureurs ou organismes gestionnaires**, ci-après listés, auprès duquel votre employeur a souscrit le Contrat, objet de la présente notice d'information.

- **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°784 621 419, 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°442 574 166, Siège social: 125, avenue de Paris – 92327 CHÂTILLON Cedex.
 - **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n°311 799 878, 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°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 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°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 – 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 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 - 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 sis 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

La gestion est assurée par MICILS, Mutuelle du Groupe APICIL, siège social sis 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

La présente notice d'information vous précise les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre à savoir:

- un régime de base conventionnel **obligatoire** pour vous-même,
- un régime de base facultatif auquel vous pouvez souscrire individuellement pour vos ayants droit,
- un régime surcomplémentaire **facultatif** (2 options au choix) si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime de base conventionnel.

Afin de bénéficier du régime surcomplémentaire, votre affiliation au régime de base conventionnel est indispensable.

Ce document vous indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

Vos droits et obligations, notamment les modalités de calcul peuvent être modifiés par voie d'avenant au Contrat souscrit par votre employeur, qui vous informe de ces modifications.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, vous bénéficiez du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur auquel vous êtes affiliés. En complément, vous pourrez bénéficier du Fonds de Solidarité dédié mis en place par l'avenant n° 334.

Votre employeur doit vous remettre obligatoirement, dès lors que vous êtes dûment affilié, un exemplaire de la présente notice d'information. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, une nouvelle notice (ou additif à celle-ci) devra vous être remise par votre employeur.

Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection sociale de qualité.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter votre organisme assureur défini dans votre Bulletin Individuel d'Affiliation.

I. LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

A. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ DU RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE ?

Les garanties « Frais de Santé » **régime de base conventionnel obligatoire** du contrat collectif souscrit par votre employeur vous sont accordées, sans délai de carence, sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- être un salarié titulaire d'un contrat de travail ou d'apprentissage et inscrit aux effectifs de l'entreprise adhérente ;
- être affilié au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale.

Ainsi affilié, vous acquérez la qualité de « **Membre participant** » de l'organisme assureur ou gestionnaire dont relève votre entreprise.

L'ensemble des salariés présents à la date de prise d'effet du contrat souscrit par votre employeur, ainsi que ceux embauchés postérieurement sont affiliés, de manière **obligatoire**, sous réserve des dispenses de droit instaurées par la législation et la réglementation en vigueur et prévues par votre convention collective (avenant n° 338 du 3 juin 2016) ou l'acte fondateur instituant le régime au niveau de l'entreprise.

Peuvent être bénéficiaires des mêmes garanties, c'est-à-dire du régime de base à titre **facultatif**, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, vos ayants droit définis à l'annexe II de la présente Notice.

B. LES FORMALITÉS D'AFFILIATION

L'affiliation au Contrat collectif à adhésion obligatoire nécessite d'accomplir certaines formalités.

Vous devez compléter le Bulletin Individuel d'Affiliation qui vous a été remis par votre employeur pour vous-même et le cas échéant, vos ayants droit, et devez l'adresser à l'organisme assureur ou gestionnaire, par l'intermédiaire de votre employeur, accompagné des pièces justificatives mentionnées dans ce bulletin et ci-après.

Dès la remise de l'ensemble de ces documents, votre organisme assureur ou gestionnaire vous remettra une carte de tiers payant valant affiliation pour vous, et le cas échéant vos ayants droit, sur laquelle figurent les bénéficiaires inscrits.

Outre le Bulletin Individuel d'Affiliation, pour bénéficier des prestations, vous devez également fournir, entre autres, en fonction de votre situation de famille, les différentes pièces justifiant de la qualité d'ayants droit comme définis ci-dessus, une copie de votre Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) ainsi qu'un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

MODIFICATION DE VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

Vous devez également signaler dans les plus brefs délais à votre organisme assureur ou gestionnaire toute modification relative à la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de Caisse Primaire d'Assurance Maladie, de coordonnées bancaires, ...), à un changement de votre situation familiale ou de celle de vos ayants droit (mariage, naissance...).

L'organisme assureur ou gestionnaire se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

II. PRISE D'EFFET, SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES

A. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Sous réserve du respect des modalités d'affiliation, les garanties entrent en vigueur :

- soit à la date de prise d'effet du contrat collectif « Frais de Santé » souscrit par votre employeur, si vous faites partie des effectifs et êtes sous contrat de travail ou d'apprentissage à cette date ;
 - soit à compter de la date de votre embauche au sein de l'entreprise adhérente relevant de la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966, lorsque vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet du Contrat, sous réserve que vous ayez été déclaré à l'organisme assureur ou gestionnaire par votre employeur, par le biais d'un Bulletin Individuel d'Affiliation, dans les trois mois suivant la date de votre embauche.
- Passé ce délai, les garanties ne prendront effet que le premier jour du mois qui suit la réception par l'organisme assureur ou gestionnaire de la déclaration d'adhésion par votre employeur ;

L'affiliation facultative de vos ayants droit s'effectue dans les conditions prévues à l'annexe II de la présente notice.

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 de votre affiliation au Contrat donnent lieu à prise en charge au titre du Contrat, et ce à hauteur des garanties couvertes.

B. CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL EXCÉDANT 1 MOIS CONTINU NE DONNANT PAS LIEU À INDEMNISATION

Les garanties sont suspendues de plein droit, si vous vous trouvez dans l'un des cas suivants de suspension du contrat de travail, dès lors qu'il ne donne lieu à aucune 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) :

- 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 cessation de votre activité professionnelle au sein de votre entreprise et s'achève dès votre reprise effective du travail, sous réserve que votre organisme assureur ou gestionnaire en soit informé dans un délai de trois mois suivant votre reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle l'organisme assureur ou gestionnaire aura été informé de votre reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension des garanties dont les cas sont mentionnés ci-dessus, aucune cotisation n'est due et les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant la période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du régime Frais de santé (la date de survenance retenue étant la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale).

Toutefois, si vous souhaitez continuer à bénéficier de la couverture frais de santé pendant ces périodes de suspension, pour vous-même et vos ayants droit, vous pouvez, à titre individuel et facultatif, demander le maintien des garanties, selon les modalités décrites en annexe I.A.

2. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISÉE

En cas de suspension de votre contrat de travail 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), le bénéfice des garanties définies à la présente notice est maintenu pendant toute la durée de suspension de votre contrat de travail et ce, dans les mêmes conditions que lorsque vous étiez en activité.

Le bénéfice des garanties définies à la présente Notice est également maintenu au profit des salariés 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.

La participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

C. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi (portabilité)

En application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies à la présente Notice d'information, sous réserve que vous satisfassiez aux conditions cumulatives suivantes :

- votre contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont concernés **à l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- vous devez justifier auprès de l'organisme assureur de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- vos droits à prestations doivent avoir été ouverts chez votre dernier employeur, c'est-à-dire que vous bénéficiiez, à la date de cessation de votre contrat de travail, du régime de frais de santé prévu à la présente Notice d'information.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail (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, vous seront opposables dans les mêmes conditions.

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 - C de la présente notice.

En cas de rupture du contrat de travail

Maintien des garanties à titre individuel en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi « Evin »), **peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien des garanties, 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 rupture 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 ;
- les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, 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 L911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré 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 de l'assuré.

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 de l'assuré 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 de l'assuré, à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur en temps utile.

Sous réserve de respecter les délais précités, les garanties prennent effet au plus tôt à la date de cessation de votre contrat de travail ou à la fin de la période de portabilité, ou à la date de votre décès pour vos ayants-droit et au plus tard le lendemain de votre demande.

Les modalités proposées par votre organisme assureur ou gestionnaire pour le maintien des garanties sont exposées en Annexe I-B de la présente notice.

D. TERME DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- en cas de défaut de paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à cet effet ;
- à la date de la liquidation de votre pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date de cessation de votre contrat de travail (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat souscrit par votre employeur.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins tels 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.

III. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

Les garanties « Frais de Santé » qui vous sont accordées, et le cas échéant à vos ayants droit, au titre du régime de base mis en place par votre employeur, sont celles définies dans le tableau de garanties figurant en annexe III. Les montants de prestations complètent pour les différents postes décrits et dans les limites énoncées, l'indemnisation effectuée par la Sécurité sociale.

CADRE RÉGLEMENTAIRE

Les présentes dispositions s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation sociale et fiscale relatives aux « contrats responsables » définies 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.

NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

Dans le respect des dispositions ci-dessus, le contrat ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation du membre participant prévue aux articles 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 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 notamment en fonction des évolutions de la réglementation.

Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge ne serait pas prévue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du contrat

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

Le tiers payant est un accord passé entre votre organisme assureur et les professionnels de santé. Il vous dispense de faire l'avance de tout ou partie de vos frais de santé, des montants mentionnés au tableau des garanties et prestations annexé à la présente notice.

Lorsque vous avez satisfait aux modalités d'affiliation, il vous est remis une carte de tiers payant.

En présentant cette carte aux professionnels de santé pratiquant le tiers payant, les prestations dues par l'organisme assureur sont directement réglées aux praticiens sur la part complémentaire, dans la limite des montants mentionnés dans le tableau de garanties annexé.

A compter du 01/01/2017, le tiers payant est généralisé aux dépenses de soins de ville : vous pouvez en bénéficier auprès des professionnels de santé pratiquant le tiers payant sur la part complémentaire, pour vos dépenses engagées relatives à toutes les prestations visées à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, au moins à hauteur du ticket modérateur.

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 aux 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 aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est de 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 :

Sont exclus :

- 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.

OPTIQUE

Sauf disposition contraire figurant au tableau des garanties souscrites :

- les prestations de ce poste s'expriment en forfait euros par équipement (monture et verres).
- les prestations « monture » et « 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.

QUELLES SONT LES LIMITES AU VERSEMENT DE VOS PRESTATIONS ?

PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

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 :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où les organismes assureurs gestionnaires 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 de l'assuré 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 au souscripteur, ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le souscripteur, le membre participant à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

TERRITORIALITÉ

Les garanties prévues par le présent contrat ne sont acquises qu'aux salariés, et, le cas échéant, leurs ayants droit, affiliés à un organisme d'assurance maladie 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.

IV. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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 d'un accident, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

ORGANISME DE CONTRÔLE

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.

RÉCLAMATION ET LITIGE / MÉDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'organisme assureur ou gestionnaire dont dépend le membre participant.

Les réclamations concernant l'application du présent dispositif peuvent être adressées :

- à **AG2R La Mondiale** – Direction de la Qualité – 35, Boulevard Brune – 75014 PARIS;
- ou pour **MUTEX** : à la mutuelle désignée par les Conditions particulières, selon l'organisme assureur mentionné au contrat d'adhésion,
- ou pour **Mutuelle Intégrance** au service Relations Clients – Groupe APICIL – 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE,
- ou pour **KLESIA Prévoyance** : iGESTION – Centre de gestion KLESIA Prévoyance, TSA 40000-78457 VÉLIZY Cedex.
- ou pour **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 Baroeul – 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 (mediateur@ctip.asso.fr) – 10, rue Cambacérès 75008 PARIS,
- Pour **MALAKOFF MÉDÉRIC Prévoyance** : médiateur du CTIP (mediateur@ctip.asso.fr) – 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]

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.

ANNEXE I

MAINTIEN DES GARANTIES

A. SALARIÉS EN SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL

Vos garanties peuvent être maintenues si votre contrat de travail est suspendu sans aucune indemnisation, dans les conditions définies au paragraphe II-B « Cas de suspension du contrat de travail » de la présente notice d'information.

La demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire, au plus tard dans le mois suivant la date de début de la 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 au plus tard :

- à la date de fin de la suspension de votre contrat de travail ;
- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 3 « Cotisations » ci-après ;
- à la date de résiliation de votre adhésion individuelle opérée par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'organisme assureur ou gestionnaire au moins deux mois avant l'échéance annuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive ;
- à la date de liquidation de votre pension retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous êtes dans le cadre du cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail (correspondant au terme du contrat de travail, préavis effectué ou non) ;
- à la date de la résiliation du Contrat souscrit par votre employeur ;
- et, en tout état de cause, à la date de votre décès.

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

3. COTISATIONS

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Vos cotisations sont appelées sur les mêmes bases (structure et montant) que celles appliquées pour les salariés en activité, étant précisé qu'elles sont entièrement à votre charge.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance, par prélèvement sur votre compte bancaire par l'organisme assureur ou gestionnaire.

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 du groupe assuré.

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, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties définies au Contrat collectif, le cas échéant.

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. RETRAITÉS, ANCIENS SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES D'UNE RENTE D'INCAPACITÉ, D'INVALIDITÉ OU D'UN REVENU DE REMPLACEMENT ET AYANTS DROIT D'UN MEMBRE PARTICIPANT DÉCÉDÉ

En vertu des dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 [loi « Evin »], vos garanties peuvent être maintenues, sans condition de durée, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des populations énoncées au paragraphe II-C « Maintien des garanties » de la présente notice.

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur ou gestionnaire 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 membre participant (à condition que la personne morale souscriptrice ait informé l'organisme assureur en temps utile).

1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La demande de maintien doit être adressée à l'organisme assureur ou gestionnaire dans les six mois suivant la rupture de votre contrat de travail ou suivant votre décès, pour vos ayants droit.

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

Les garanties prennent effet :

- si vous êtes un ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement (allocation chômage) : au plus tôt, le lendemain de votre radiation du régime des actifs et au plus tard, le lendemain de votre demande ;
- si vous êtes un retraité ayant été affilié au régime en tant qu'actif : au plus tôt, le lendemain de votre radiation du régime des actifs et au plus tard, le lendemain de votre demande ;
- pour votre (vos) ayant(s) droit : au plus tôt, le lendemain de votre décès et au plus tard, le lendemain de la demande.

Vous pouvez renoncer au bénéfice de cette affiliation facultative par lettre recommandée avec avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet.

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

2. CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 3 « Cotisations » ci-après ;
- à la date de résiliation de votre adhésion individuelle opérée par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'organisme assureur ou gestionnaire au moins deux mois avant l'échéance annuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive ;
- et, en tout état de cause, à la date du décès.

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

3. COTISATIONS

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le maintien des garanties s'effectuera en contrepartie du paiement des cotisations correspondantes, étant précisé qu'elles sont entièrement à votre charge.

Elles sont payables mensuellement d'avance, par prélèvement sur votre compte bancaire par l'organisme assureur ou gestionnaire.

Par ailleurs, afin de préserver l'équilibre du contrat, la cotisation peut évoluer, pour l'ensemble des bénéficiaires de ce contrat d'accueil « Loi Evin » de la CCN 66, en fonction des comptes de résultats, ainsi qu'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

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 du groupe assuré.

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, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties définies au Contrat collectif, le cas échéant.

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.

C. SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET INDEMNISÉS PAR LE 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 à la présente notice, 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.

Ce dispositif bénéficie également aux ayants droit affiliés à titre facultatif.

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 ouverture des droits à l'indemnisation chômage, cessation du versement des allocations chômage).

B. Obligations de l'entreprise souscriptrice

L'entreprise doit :

- 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 de votre contrat de travail.

B. Durée du maintien

L'ancien salarié 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, apprécié 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 de bénéficier de cette indemnisation ;

- en cas et à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif souscrit par votre ancien employeur ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez 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 médico-chirurgicaux 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 les salariés en activité.

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, vous seront opposables dans les mêmes conditions.

6. 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 du présent contrat, 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

RÉGIMES OPTIONNELS FACULTATIFS EXTENSION POUR LES SALARIÉS ET AFFILIATION DES AYANTS DROIT

En tant que salarié affilié au régime de base conventionnel, vous pouvez adhérer librement au régime optionnel à adhésion facultative, et le cas échéant choisir d'affilier vos ayants droit définis ci-après, obligatoirement **pour le même niveau de garanties**, sous réserve d'en formuler la demande lors de votre affiliation au régime de base conventionnel à adhésion obligatoire.

Vous pouvez opter pour un niveau supérieur de couverture en adhérant à titre individuel aux formules « Option 1 » ou « Option 2 ».

Votre adhésion est formalisée par un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par vous-même, le bulletin devant être remis à l'organisme assureur par l'intermédiaire de votre employeur ou directement adressé à l'organisme assureur le cas échéant.

A. AYANTS DROIT

Sont considérées comme étant vos ayants droit les personnes suivantes :

- votre **conjoint** bénéficiant de la Sécurité sociale du fait de votre affiliation ou d'une affiliation personnelle.

Est assimilé à votre conjoint :

- **votre concubin**, sous réserve du contrôle défini au Chapitre « Dispositions Générales » de la présente notice d'information. Est considéré 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, ...) 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 de l'assuré ;
- **votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**. Est considéré 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 assurés du Contrat.

■ vos enfants à charge.

Sont considérés comme enfants à charge, vos enfants et ceux de votre 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.

Vos 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'évènement.

B. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Si vous êtes présent à l'effectif de votre employeur à la date d'effet du Contrat de base obligatoire, les garanties prennent effet dès lors que vous avez exprimé votre volonté d'adhérer au Contrat à **adhésion facultative**, après acceptation expresse de l'organisme assureur formalisée par l'émission d'un Certificat d'Affiliation, 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 « **Salarié isolé** » pour vous-même, et de la cotisation « **Conjoint/Enfant** » en fonction de votre situation de famille, pour vos ayants droit le cas échéant.

Pour les salariés embauchés postérieurement à cette date, les garanties prennent effet dès lors que celles prévues au régime de base conventionnel obligatoire débutent et qu'ils ont exprimé leur volonté d'adhérer au régime optionnel à adhésion facultative.

Par la suite, chaque salarié qui n'aurait pas choisi d'adhérer à la date d'effet du Contrat de base obligatoire ou lors de son affiliation au régime de base obligatoire, conserve pour lui et ses ayants droit la possibilité d'adhérer au régime optionnel facultatif au 1^{er} janvier de chaque exercice, sous réserve d'en formuler la demande par écrit, dans les conditions prévues ci-dessus, 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.

L'adhésion de vos ayants droit s'effectue :

- à la même date que votre affiliation, si vous effectuez ce choix en même temps que votre affiliation ;
- 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.

C. DEMANDE D'ADHÉSION OU DE CHANGEMENT DE RÉGIME OPTIONNEL

Le changement de formule est possible :

A la hausse [adhésion à une option ou changement pour une option plus favorable] pour une application :

- au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de sa demande, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente,
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande, en cas de changement de situation de famille

A la baisse [changement pour une option moins favorable] pour une application :

- au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de sa demande, sous réserve que le salarié puisse justifier d'une durée de 2 années civiles d'adhésion dans le niveau de garantie précédent, et qu'il en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente,
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande, en cas de changement de situation de famille

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'adhésion peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

D. FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous pouvez renoncer au bénéfice de l'extension facultative par lettre recommandée avec avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet.

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

E. 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.

Elles sont à votre charge exclusive.

Elle est fixée par salarié isolé.

Par ailleurs, si vous optez, de façon facultative, pour la couverture de vos ayants droit, une cotisation « Conjoint/Enfant » est due en sus de la cotisation « Salarié ».

- Cotisation « Conjoint ou assimilé » qui couvre de façon facultative, votre conjoint, ou à défaut votre partenaire de PACS ou concubin, tels que définis à la présente notice ;
- Cotisation « Enfant » qui couvre de façon facultative, votre (vos) enfant(s) à charge, tels que définis à la présente notice. (pas de cotisation additionnelle à compter du 3^e enfant à charge)

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les garanties du régime optionnel vous sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation, indiquée au Certificat d'Adhésion, payable par vous-même ou par votre employeur.

Cette cotisation, en fonction du choix effectué par votre employeur lors de la souscription du régime de base obligatoire, est payable :

- soit par vous-même,
- soit par précompte par votre employeur.

PAIEMENT DES COTISATIONS PAR VOUS-MÊME

Les cotisations mensuelles afférentes à l'adhésion facultative de vos ayants droit sont payables par vous-même, mensuellement d'avance, par prélèvement sur votre compte bancaire par l'organisme assureur ou gestionnaire.

PAIEMENT DES COTISATIONS PAR VOTRE EMPLOYEUR

Dans le cas où votre employeur 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.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

PAIEMENT DES COTISATIONS PAR VOUS-MÊME

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 voir ses ayants droit exclus.

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, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner l'exclusion de vos ayants droit des garanties définies au régime optionnel.

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.

PAIEMENT DES COTISATIONS PAR VOTRE EMPLOYEUR

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.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner l'exclusion de vos ayants droit des garanties définies au régime optionnel.

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.

F. TERME DES GARANTIES

Les garanties cessent pour le ou les ayants droit :

- à la date à laquelle ils perdent la qualité d'ayants droit,
- en cas de radiation d'un ayant droit (les autres restant affiliés) ou de tous les ayants droit par suite de résiliation de l'adhésion facultative, demandée par le participant, à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en faire la demande au plus tard le 31 octobre qui précède par courrier recommandé.

G. RÉSILIATION DE L'AFFILIATION

Vous pouvez demander à résilier votre affiliation au régime optionnel, 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, soit avant le 31 octobre de l'année en cours. Cependant, en cas de changement de situation de famille, vous avez la

possibilité de résilier l'adhésion au régime optionnel, pour les mêmes motifs que ceux vous permettant d'étendre la garantie à vos ayants droit en cours d'année.

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

La résiliation prendra alors effet rétroactivement à la date de l'événement.

La résiliation vaut tant pour vous-même que pour vos ayants droit. Toute demande de résiliation est considérée comme définitive.

Par exception à ce principe, une nouvelle affiliation pourra être acceptée par l'assureur :

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

En tout état de cause l'acceptation de l'organisme assureur est matérialisée par l'émission d'un nouveau certificat d'affiliation qui vous sera adressé.

RÉSILIATION EN RAISON DE LA MODIFICATION DE VOS DROITS ET OBLIGATIONS

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une notice d'information établie à cet effet par l'organisme assureur.

Vous pouvez ainsi, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer votre affiliation en raison de ces modifications.

ANNEXE III

RÉSUMÉS 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/an	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

ENFANTS < 18 ANS				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	LPP < 18 ANS	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	LPP < 18 ANS	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

ENFANTS < 18 ANS				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	LPP < 18 ANS	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR*
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRIQUE				
Sphère de - 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €
Sphère < - 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				
Sphère de - 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	120,00 €
Sphère < - 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	140,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphère de - 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	150,00 €
Sphère < - 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	LPP < 18 ANS	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



ANNEXE IV

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné,

reconnais avoir reçu une notice d'information sur le régime de protection sociale complémentaire Frais de Santé souscrit

par mon employeur:

À Le

Signature:



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°784 621 419,
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°442 574 166,
Siège social: 125, avenue de PARIS – 92327 CHÂTILLON Cedex.
- **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n°311 799 878,
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°775 627 391,
Siège social: 20, boulevard Papin – BP 1173 – 59012 LILLE.
- **EDVI 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 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°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 – 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.

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 MICLS, immatriculée au Répertoire Sirene sous le n°302 927 553, siège social sis 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

La gestion est assurée par MICLS, mutuelle du Groupe APICIL, siège social sis 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.