



RÉGIME
D'ACCUEIL
art. 4 Loi Evin

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

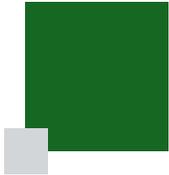


NOVEMBRE 2016



Sommaire

PRÉAMBULE	3
TITRE I. Dispositions communes	4
Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat	4
Chapitre II. Bénéficiaires des garanties et modalités d'affiliation	5
Chapitre III. Définitions des garanties et prestations « Frais de santé »	6
Chapitre IV. Cotisations	7
Chapitre V. Sauvegarde, résiliation et contrôle	8
Chapitre VI. Autres dispositions	8
TITRE II. Définition des garanties et prestations « Frais de santé »	10
Chapitre VIII. Etendue des garanties	10
Chapitre IX. Modalités de calcul des prestations	10
Chapitre X. Modalités de paiement des prestations	11
ANNEXE Tableau des garanties	12
Grille optique 1	14
Grille optique 2	15



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.

Le présent contrat collectif à adhésion **facultative**, organise la mise en œuvre du régime Frais de santé prévu par l'article 3.2.2 de l'avenant 328 (modifié en dernier lieu par avenant n°338 du 3 Juin 2016) au bénéfice de **l'ensemble des personnes visées par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin Individuel d'Affiliation retourné au membre participant, avec mention de l'accord de l'organisme assureur sur l'acceptation de l'adhésion, obligatoirement joints, organisent la mise en œuvre de ce Contrat.

TITRE I: DISPOSITIONS COMMUNES

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

ARTICLE 1. OBJET

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

- d'une part, l'entreprise dont l'activité relève de la branche des **établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966**, indiquée aux Conditions Particulières, ou certificat d'adhésion et ci-après dénommée « **Entreprise** » ;

- et d'autre part, les « **Organismes assureurs** », suivants :

■ **AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE**, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE, 104-110 Boulevard Haussmann, 75 008 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,

- **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 31802675584 PARIS Cedex 12.

- **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 538 518 473,

Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS.

- **OCIANE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 434 243 085,

Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex.

- **MUTEX**, entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040,

Siège social : 125 avenue de Paris – 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° 340 359 900,

Siège social : 89 rue Damrémont – 75882 PARIS Cedex 18, substituée pour la constitution des garanties d'assurance en complémentaire santé par la Mutuelle MICILS, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 302 927 553, siège social : 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

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

L'entreprise choisit l'organisme assureur auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat collectif à adhésion obligatoire au bénéfice de ses salariés.

Le présent Contrat ainsi que le contrat collectif facultatif proposant les options au choix des salariés et de leurs ayants droit **est obligatoirement** souscrit auprès du même organisme assureur.

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.

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

Le présent contrat a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale en remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dont les garanties sont définies aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion joints et ce au profit des anciens salariés affiliés ou des ayants droit des salariés affiliés décédés visés par l'article 4 de la loi Evin.

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 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 16 « 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. BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES ET MODALITÉS D'AFFILIATION

ARTICLE 3. BÉNÉFICIAIRES

Les garanties définies aux Conditions particulières ou au Certificat d'Adhésion sont accordées aux personnes définies ci-dessous.

3.1. MEMBRE PARTICIPANT

Peuvent librement adhérer au présent Contrat collectif facultatif, les personnes affiliées au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale, et désignées ci après en application de l'article 4 de la loi n° 891009 du 31 décembre 1989, 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 collectif obligatoire souscrit par l'entreprise au bénéfice de ses salariés, 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 anciens 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 membre participant 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 membre participant.

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

Peuvent adhérer au présent Contrat, en qualité de personnes garanties du chef du salarié décédé, les ayants droit de ce dernier tels que définis au contrat collectif souscrit au bénéfice des salariés.

Chaque bénéficiaire dûment affilié acquiert la qualité de « **Membre participant** » soit de l'institution, soit de la mutuelle auprès de laquelle a été souscrit le contrat (ils ne deviennent pas membres de l'ensemble des organismes assureurs), partie aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion joints.

Sous réserve du paiement des cotisations, l'adhésion et les garanties prennent effet le lendemain de la demande d'adhésion et au plus tôt à la date de rupture du contrat de travail de l'ancien membre participant, qui bénéficiait des garanties du contrat collectif obligatoire.

A compter de la date d'effet, l'ensemble des frais est pris en charge à concurrence des garanties souscrites, quelle que soit l'antériorité de l'affection.

En revanche, les dépenses engagées avant la date d'effet de l'adhésion ne sont pas couvertes.

ARTICLE 4. MODALITÉS D'ADHÉSION

4.1. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

L'adhésion de l'ancien salarié ou des personnes garanties du chef du salarié décédé ne pourra produire ses effets que sous réserve du paiement de la cotisation correspondante et dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis par son ancien employeur ou par l'organisme assureur.

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

L'ancien salarié ou la personne garantie du chef du salarié décédé donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur retenu (procédure Noémie).

Chaque Membre participant est couvert au niveau des garanties dont il bénéficiait à titre obligatoire en tant qu'actif ou, le cas échéant, au niveau dont le salarié décédé était couvert à titre obligatoire dans son entreprise.

Après avoir complété ce document, le membre participant adresse ce bulletin à son organisme assureur accompagné des pièces justificatives.

4.2. OBLIGATIONS DES ORGANISMES ASSUREURS

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture **aux anciens salariés** au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale (à condition que l'organisme assureur ait été informé par l'entreprise de la cessation du contrat de travail, dans les meilleurs délais).

Pour les ayants droit d'un salarié décédé, l'employeur informe l'organisme assureur de la date de l'événement, qui adresse une proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de **deux mois** à compter du décès (à condition que l'organisme assureur ait été informé par l'entreprise du décès, dans les meilleurs délais).

CHAPITRE III. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS « FRAIS DE SANTÉ »

ARTICLE 5. 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 6. DISPOSITIF « CONTRAT RESPONSABLE »

Les prestations définies aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion joints s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation sociale et fiscale relatives aux « contrats responsables », définis aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévue aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

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

Conformément aux dispositions des textes précités :

Le Contrat ne prend pas en charge

- La majoration de la participation du membre participant prévue à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé publique (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le membre participant consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit à titre indicatif au minimum 8 euros) ;
- la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un membre participant, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;

- la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article 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 L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du Contrat.

ARTICLE 7. 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 8. CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

- 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:

- 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 9. OPTIQUE

Sauf disposition contraire figurant au tableau des garanties souscrites:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé:

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

CHAPITRE IV. COTISATIONS

ARTICLE 10. ASSIETTE DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

ARTICLE 11. STRUCTURES DE COTISATIONS

Une structure de cotisation « salarié/conjoint/enfant » est retenue.

ARTICLE 12. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations afférentes à l'adhésion facultative du membre participant 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.

Le membre participant est seul responsable du paiement des cotisations.

ARTICLE 13. 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.

ARTICLE 14. RÉVISION DES COTISATIONS

Tant que les modalités de la recommandation définies par l'avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014 (modifié en dernier lieu par l'avenant n° 338 du 3 juin 2016) sont en vigueur, il est convenu entre les parties de gérer les paramètres du régime de la branche afin qu'il reste à l'équilibre.

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

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

Lorsque le risque se trouve aggravé du fait d'une sinistralité importante enregistrée au cours de l'année civile écoulée ou à la suite

de nouvelles dispositions réglementaires ou législatives faisant évoluer notamment, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, ou les impôts, taxes et contributions de toute nature, les organismes assureurs peuvent proposer les mesures à prendre pour restaurer l'équilibre du Contrat, soit par la mise en place d'un nouveau taux de cotisation, soit par le réaménagement des garanties, soit les deux.

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

Dès lors que les modalités de la recommandation définies par l'avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014 (modifié en dernier lieu par l'avenant n° 338 du 3 juin 2016) sont dénoncées, l'organisme assureur auprès duquel est souscrit le présent contrat se réserve, alors, le droit de procéder, annuellement, à la révision des cotisations pour garantir l'équilibre propre au présent Contrat.

CHAPITRE V. SAUVEGARDE, RÉSILIATION ET CONTRÔLE

ARTICLE 15. 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° 328 du 1^{er} septembre 2014 (modifié en dernier lieu par l'avenant n° 338 du 3 juin 2016).

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, 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 des dits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base des présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion joints sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

ARTICLE 16. RÉSILIATION

16.1 - RÉSILIATION DU CONTRAT PAR L'ENTREPRISE

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

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

En cas de résiliation du présent Contrat, l'entreprise et l'organisme assureur pourront, à la demande de l'entreprise, convenir des modalités de transfert des personnes garanties par le présent Contrat.

16.2 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE

Le membre participant peut dénoncer son adhésion individuelle au régime à chaque échéance annuelle. Cette demande ne peut intervenir qu'au 31 décembre de l'exercice et doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception à l'organisme assureur au moins deux mois avant l'échéance. Cette radiation individuelle est définitive et sans possibilité de réintégration. Cette radiation vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.

L'adhésion du membre participant peut être résiliée à tout moment, à la demande de l'organisme assureur, à l'issue de la

procédure en cas de défaut de paiement des cotisations visé à l'article 13 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes conditions générales. Seuls les frais médico-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 et ce à hauteur des garanties souscrites par le membre participant, quelle que soit la date de la prescription ou du traitement auquel ils sont rattachés.

L'adhésion et les garanties énumérées aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion cessent dans les cas suivants :

- le jour où l'assuré ne répond plus à l'une des conditions d'adhésion prévue à l'article 4 (Modalités d'adhésion) des présentes conditions générales;
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 13 des présentes conditions générales;
- à la date de résiliation du présent Contrat sous réserve des adhésions en cours à la date de résiliation qui sont maintenues;
- à l'issue d'un délai de 12 mois à compter de leur adhésion pour les ayants droit garantis du chef d'un membre participant décédé.

ARTICLE 17. 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 – 75 436 PARIS Cedex 09.

CHAPITRE VI. AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 18. PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

Quand l'action du membre participant, ou de ses ayants droit contre les organismes assureur 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 gestionnaire à l'entreprise, au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'entreprise, le membre participant ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 19. DÉCLARATION ET APPRÉCIATION DU RISQUE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise ou l'ancien employeur que par le membre participant, servent de base à la garantie. L'organisme assureur gestionnaire se réserve la possibilité de vérifier

les données communiquées, l'exactitude des documents produits par l'entreprise, l'ancien employeur ou par le membre participant, tant à l'appui de son affiliation et du versement des cotisations, qu'à l'occasion de l'ouverture d'un droit à prestations.

ARTICLE 20. 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 21. 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 22. RÉCLAMATION ET LITIGE/MÉDIATION

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

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

- à **AG2R Prévoyance** – Direction de la Qualité 104 – 110, Boulevard Haussmann 75379 PARIS cedex 08
- à **MUTEX** : à la mutuelle désignée par les conditions particulières.
- à **Mutuelle Intégrance** : 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 VELIZY Cedex,
- à **MALAKOFF MÉDÉRIC Prévoyance** : Service Réclamations (Entreprises ou particuliers) – 21 rue Laffitte – 75009 PARIS.

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

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

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

TITRE II

DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

CHAPITRE VIII. ÉTENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 23. 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.

CHAPITRE IX. MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

ARTICLE 24. 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 participante (ou de la conjointe, concubine ou partenaire de PACS d'un membre participant, si celle-ci est ayant droit du Contrat), sont pris en charge dans les conditions indiquées dans le tableau des garanties prévu au Contrat.

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

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

ARTICLE 25. DISPOSITION POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE

Si parmi les anciens salariés ou ayants droit d'un salarié décédé, 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 26. CALCUL DES PRESTATIONS EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de Sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné. À cet effet, l'organisme assureur pourra demander des justificatifs.

ARTICLE 27. 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 28. FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont traitées :

- par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite du membre participant ;

- 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 noms, 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 29. DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

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

ANNEXE

TABLEAU DES GARANTIES

Remboursement total dans la limite des frais réels inclus le remboursement de la sécurité sociale (sauf pour les forfaits).	BASE CONVENTIONNELLE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
---	----------------------	-----------------	-----------------

FRAIS D'HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

Frais de séjour	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires (signataires OPTAM*/OPTAM CO*): Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Acte d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM)	220 % BR	220 % BR	300 % BR
Honoraires (non signataires OPTAM*/OPTAM CO*): Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Acte d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR (limité au forfait réglementaire en vigueur)
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière par jour : Conventionné	100 % FR limité à 2 % PMSS	100 % FR limité à 2 % PMSS	100 % FR limité à 3 % PMSS
Personne accompagnante : Conventionné	100 % FR limité à 1,5 % PMSS	100 % FR limité à 1,5 % PMSS	100 % FR limité à 3 % PMSS

FRAIS MÉDICAUX

Consultation - visites : Généralistes signataires ou non de l'OPTAM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	200 % BR	200 % BR	220 % BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	180 % BR	180 % BR	200 % BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)	aucun	25 €/séance dans la limite de 4 séances par année civile /bénéficiaire	25 €/séance dans la limite de 4 séances par année civile /bénéficiaire
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de biologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et Actes techniques médicaux (ATM) signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	170 % BR	170 % BR	170 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et Actes techniques médicaux (ATM) non signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Radiologie, Actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	145 % BR	145 % BR	170 % BR
Radiologie, Actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires de l'OPTAM*/OPTAM CO*	125 % BR	125 % BR	150 % BR

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

DENTAIRE

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

OPTIQUE

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

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

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

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

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

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

ACTES DIVERS

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

LEXIQUE

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

FR = frais réels

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

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

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

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

GRILLE 1

MINEURS < 18 ANS				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRIQUE				
Sphérique de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €
Sphérique de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €
Sphérique < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €
Cylindre > +4 sphère -6 ou +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphérique de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €
Sphérique < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphérique de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €
Sphérique < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €
MONTURE				
	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €
ADULTES				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRIQUE				
Sphérique de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €
Sphérique de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660,	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 MICLS, immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° 302927553, siège social sis 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.
La gestion est assurée par MICLS, Mutuelle du Groupe APICIL, siège social: 38, rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.