

CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ

**ACCORD INTERBRANCHE DU 2 OCTOBRE 2019**

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE  
DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES  
INADAPTÉES ET HANDICAPÉES  
DU 15 MARS 1966 À LAQUELLE EST RATTACHÉE LA CCN  
DES MÉDECINS SPÉCIALISTES QUALIFIÉS DU 1<sup>er</sup> MARS 1979  
ET  
LES ACCORDS COLLECTIFS DES CENTRES D'HÉBERGEMENT  
ET DE RÉINSERTION SOCIALE



# CONDITIONS GÉNÉRALES

ÉDITION 2024

**RÉGIME FACULTATIF**



AG2R LA MONDIALE



MUTUELLE OCIANE  
matmut



Par l'accord interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1<sup>er</sup> mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les partenaires sociaux ont instauré un nouveau régime mutualisé de remboursement complémentaire des dépenses de santé.

Ce régime est institué au profit du personnel visé (défini aux Conditions Particulières), inscrit aux effectifs des entreprises relevant du champ d'application dudit accord interbranche.

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

Le niveau de garantie souscrit par l'entreprise est défini aux Conditions Particulières.

Au-delà du régime de base conventionnel obligatoire pour le personnel visé, ce dernier a la possibilité dans le cadre de l'opération collective à adhésion facultative souscrite par l'entreprise :

- de couvrir ses ayants droit tels que définis dans les présentes Conditions générales, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de base conventionnel,
- de compléter le régime de base conventionnel (avec deux niveaux de régime optionnel au choix pour le salarié et le cas échéant ses ayants droit), dès lors que ces couvertures n'ont pas été souscrites à titre obligatoire par l'entreprise.

**Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières obligatoirement jointes, organisent la mise en œuvre de ce Contrat dénommé « Contrat ».**

# » TABLE DES MATIÈRES

<b>TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES</b>	<b>4</b>	<b>CHAPITRE VIII - AUTRES DISPOSITIONS</b>	<b>12</b>
		Article 17. Prescription	12
<b>CHAPITRE I - OBJET, DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION DU CONTRAT</b>	<b>4</b>	Article 18. Fausse déclaration intentionnelle	12
Article 1. Objet	4	Article 19. Subrogation	12
Article 2. Date d'effet, durée et reconduction	5	Article 20. Protection des données	13
		Article 21. Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption	14
<b>CHAPITRE II - BÉNÉFICIAIRES</b>	<b>5</b>	Article 22. Réclamation et litige/médiation	14
<b>CHAPITRE III - AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES</b>	<b>6</b>	<b>TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ</b>	<b>15</b>
Article 3. Modalités d'affiliation, prise d'effet, durée et renonciation	6		
		<b>CHAPITRE IX - ÉTENDUE DES GARANTIES</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE IV - SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES</b>	<b>7</b>	Article 23. Nature des garanties et prestations	15
Article 4. Suspension des garanties	7	Article 24. Dispositif « contrat responsable »	15
Article 5. Maintien des garanties	7	Article 25. Territorialité	17
Article 6. Cessation des garanties	8		
		<b>CHAPITRE X - MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS</b>	<b>17</b>
<b>CHAPITRE V - OBLIGATIONS DES PARTIES</b>	<b>9</b>	Article 26. Montants retenus	17
Article 7. Obligations des membres participants	9	Article 27. Disposition pour les départements du bas-rhin, du haut-rhin et de la moselle	18
Article 8. Obligations de l'entreprise	9	Article 28. Calcul des prestations en secteur non conventionné	18
		Article 29. Principe indemnitaire	18
<b>CHAPITRE VI - COTISATIONS</b>	<b>10</b>		
Article 9. Assiette des cotisations	10	<b>CHAPITRE XI - MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>18</b>
Article 10. Structures de cotisations	10	Article 30. Formalités de règlement des prestations	18
Article 11. Paiement des cotisations	10		
Article 12. Défaut de paiement des cotisations	10		
Article 13. Révision des cotisations	11		
		<b>ANNEXE I : TABLEAU DES GARANTIES</b>	<b>20</b>
<b>CHAPITRE VII - SAUVEGARDE, RÉSILIATION ET CONTRÔLE</b>	<b>11</b>	<b>ANNEXE II : COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS</b>	<b>25</b>
Article 14. Sauvegarde du contrat	11		
Article 15. Résiliation	11		
Article 16. Organisme de contrôle des assurances	12		

# » TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES

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

### » ARTICLE 1. OBJET

L'opération collective à adhésion facultative est conclue entre :

■ d'une part, l'entreprise dont l'activité relève de l'**accord interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1<sup>er</sup> mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale**, indiquée aux Conditions Particulières et ci-après dénommée « **Entreprise** »

■ et d'autre part, l'un des « **Organismes assureurs** », recommandés par les partenaires sociaux de l'accord interbranche professionnelle, suivants :

- **soit AESIO Mutuelle :**

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro n°775 627 391, dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

- **soit AG2R Prévoyance,**

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - Siège social : 14-16, Boulevard Malesherbes, 75008 PARIS - SIREN n° 333 232 270.

- **soit 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 : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon. La gestion est assurée par APICIL Mutuelle, Mutuelle du Groupe APICIL- Siège social : 38, rue François Peissel - 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

- **soit Mutuelle Ociane Matmut,**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085 - Siège social : 35, rue Claude Bonnier - 33054 BORDEAUX Cedex.

- **soit le groupement de co-assurance mutualiste HARMONIE MUTUELLE / MGEN :**

- HARMONIE MUTUELLE,

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, n° LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57.

Siège social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

- MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MGEN),

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399 - Siège social : 3, Square Max - Hymans - 75748 PARIS cedex 15.

Ces 2 organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre du dispositif et le Groupe VYV assure la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale. Les organismes assureurs organisent au sein de la convention de coassurance, les conditions dans lesquelles sont respectées les dispositions législatives en vigueur sur le droit des assurés.

**Le Groupe VYV**, union mutualiste de groupe soumise aux dispositions du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 532 661 832- Siège social : 33, avenue du Maine - BP - 75755 Paris Cedex 15, enregistrée à l'ORIAS sous le n° 18001564 en tant que mandataire d'assurance des mutuelles assureurs **Harmonie Mutuelle et MGEN**.

Le présent Contrat **est souscrit auprès de l'organisme assureur librement choisi par l'entreprise pour la souscription du Contrat relatif à l'opération collective à adhésion obligatoire.**

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

Les présentes Conditions générales associées aux Conditions générales relatives à l'adhésion obligatoire ainsi que les Conditions particulières constituent l'ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé de l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1<sup>er</sup> mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

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

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

## » TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

En complément, les salariés et leurs ayants droit pourront bénéficier du Fonds de Solidarité mis en place par le régime interbranche.

Les résultats de l'ensemble des contrats souscrits par les entreprises de l'interbranche 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.

Seuls les comptes du périmètre global de la mutualisation sont communiqués aux entreprises selon le format défini par la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance.

### » ARTICLE 2. DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION

**Le Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières.**

**Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de l'année civile en cours.**

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

## CHAPITRE II BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires du présent contrat sont les salariés et le cas échéant les ayants droit définis ci-après :

### Membre participant

Pour l'application du présent Contrat, il faut entendre par Membres participants, les bénéficiaires du Contrat visés dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, à savoir les salariés visés aux Conditions Particulières titulaires d'un contrat de travail ou d'apprentissage inscrits à l'effectif de l'entreprise à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale et qu'ils formulent leur demande d'affiliation dans les conditions définies à l'article 3 des présentes Conditions Générales.

Chaque salarié dûment affilié acquiert la qualité de « Membre participant » de l'organisme assureur ou organisme gestionnaire partie aux Conditions Particulières ou au Bulletin Individuel d'Affiliation retourné, avec mention de l'accord de l'organisme assureur sur l'acceptation de l'affiliation, dont relève l'Entreprise dans laquelle il est salarié. Le cas échéant, l'affiliation peut être effectuée par extranet si l'organisme assureur prévoit cette possibilité.

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

### Ayants droit

**On entend par ayant droit du Membre participant :**

■ **son conjoint.**

Est assimilé au conjoint du membre participant :

■ **son concubin**

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

La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union. L'organisme assureur ou gestionnaire peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du membre participant ;

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

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

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

■ **ses enfants**

Sont considérés comme ayants droit, les enfants du membre participant et ceux de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire sans conditions ou leur 26<sup>e</sup> anniversaire et, dans ce dernier cas, s'ils sont :

- demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois ;
- en poursuite d'étude, en contrats d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- célibataires et rattachés fiscalement au foyer des parents.

Quel que soit leur âge, les enfants en situation de handicap ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 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).

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

### CHAPITRE III AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

#### » ARTICLE 3. MODALITÉS D’AFFILIATION, PRISE D’EFFET, DURÉE ET RENONCIATION

##### 3.1. Modalités d’affiliation du salarié et prise d’effet

Le salarié exprime librement sa volonté d’être affilié au présent Contrat, et le cas échéant d’affilier ses ayants droit, pour le même niveau de garanties, sous réserve d’en formuler la demande lors de son affiliation au Contrat dans le cadre de l’opération collective à adhésion obligatoire.

L’affiliation est formalisée par un Bulletin Individuel d’Affiliation dûment complété et signé par le Membre participant, le bulletin devant être remis à l’organisme assureur par l’intermédiaire de l’Entreprise ou directement adressé à l’organisme assureur le cas échéant. Le cas échéant, l’affiliation peut être effectuée par extranet si l’organisme assureur prévoit cette possibilité.

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

Pour les salariés embauchés postérieurement à cette date, les garanties prennent effet dès lors que celles prévues au Contrat dans le cadre de l’opération collective à adhésion obligatoire débutent et qu’ils ont exprimé leur volonté d’être affiliés par une adhésion facultative.

Dans tous les cas, l’affiliation prend effet après acceptation expresse de l’organisme assureur formalisée par l’émission de Conditions Particulières, ou 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 (ou selon les modalités définies par l’organisme assureur). En tout état de cause, elles prennent effet sous réserve du paiement de la cotisation concernant les membres participants, et le cas échéant leurs ayants droit.

Par la suite, chaque salarié qui n’aurait pas choisi d’être affilié à la date d’effet du présent Contrat ou lors de son affiliation au Contrat dans le cadre de l’opération collective à adhésion obligatoire, conserve la possibilité d’adhérer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque exercice, sous réserve d’en formuler la demande par écrit, dans les conditions prévues au présent article, auprès de l’organisme assureur dont relève son employeur, au plus tard le 31 octobre de l’exercice en cours, pour une prise d’effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant.

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

- Mariage, divorce, conclusion ou dissolution d’un Pacte Civil de Solidarité (PACS), concubinage ou fin de concubinage,

- Naissance ou adoption d’un enfant, reconnaissance de paternité,
- Changement de situation professionnelle du conjoint, partenaire de PACS ou concubin entraînant l’adhésion,
- Décès d’un ayant droit.

La demande doit être adressée à l’organisme assureur **dans les deux mois suivant la survenance de l’événement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires. **L’affiliation prendra alors effet dès le premier jour du mois suivant la réception de la demande.**

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

##### 3.2. Modalités d’affiliation des ayants droit et prise d’effet

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

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

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

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

##### 3.3. Changement de régime optionnel

Les Membres participants ont la possibilité de changer de formule de prestations au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sous réserve qu’ils en fassent la demande au moins deux mois avant la date d’échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre), par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception.

**Un tel changement ne peut toutefois intervenir qu’après deux années complètes d’affiliation à l’une des formules.**

La condition de deux années n’est pas requise en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, PACS, concubinage, naissance ou adoption d’un enfant, décès du conjoint, concubin, partenaire pacsé...).

## » TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

Dans ce cas, le changement interviendra le premier jour du trimestre civil suivant la demande sous réserve qu'elle soit formulée dans les 30 jours suivant l'événement.

### 3.4. Faculté de renonciation

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

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

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

### 3.5. Résiliation de l'affiliation

L'affiliation peut être résiliée :

- à la demande du Membre participant, tous les ans, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
- à la demande du Membre participant, à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant disposant au-delà dans ce cas d'un droit de résiliation à tout moment, prenant effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification, et dont les modalités et restrictions sont définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application.

La demande de résiliation du membre participant à l'organisme assureur doit être adressée selon l'une des modalités suivantes, au choix du membre participant :

- une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- un acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique ;
- lorsque l'organisme assureur propose l'adhésion au contrat par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

L'organisme assureur attestera par écrit la réception de la notification du Membre participant.

En cas de changement de situation de famille, le Membre participant a la possibilité de résilier son affiliation au

présent Contrat, pour les mêmes motifs que ceux lui permettant de s'affilier en cours d'année. La demande du Membre participant doit être adressée à l'organisme assureur dans les deux mois suivant la survenance de l'événement, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

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

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

**Toute demande de résiliation est considérée comme définitive.**

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

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

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

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

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

## CHAPITRE IV SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES

### » ARTICLE 4. SUSPENSION DES GARANTIES

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

### » ARTICLE 5. MAINTIEN DES GARANTIES

#### 5.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

**La suspension des garanties prévues au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, entraîne la suspension des présentes garanties qui lui sont impérativement liées.**

## » TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

**En cas de suspension du contrat de travail du membre participant donnant lieu** à un maintien obligatoire des garanties dans les conditions énoncées au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, les garanties sont maintenues dans le cadre du présent Contrat, pendant toute la durée de suspension du contrat de travail, **sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.**

**En cas de suspension du contrat de travail du membre participant excédant 1 mois continu et ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur** (salaire ou revenu de remplacement versé par l'employeur) **ni à une indemnisation complémentaire** (indemnités journalières) ou n'étant pas justifié pour l'une des causes suivantes :

- congé légal de maternité ou d'adoption,
  - exercice du droit de grève,
  - congé de solidarité familiale et de proche aidant,
- dans les conditions énoncées au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, **les garanties du membre participant sont suspendues de plein droit, pour lui-même et ses ayants droit**, à la date de la suspension du contrat de travail et **aucune cotisation n'est due au titre du membre participant concerné (pour lui-même et ses ayants droit).**

Il en est ainsi notamment en cas de :

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

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

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

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

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

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

### 5.2 Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par pôle emploi (portabilité)

En application de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies aux présentes Conditions Générales, sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

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

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

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations notamment) pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité ainsi qu'à leurs ayants droit, le cas échéant, dès lorsqu'ils étaient bénéficiaires de l'extension facultative prévue au présent Contrat, à la date de cessation du contrat de travail.

## » ARTICLE 6. CESSATION DES GARANTIES

**Sauf cas de maintien des garanties précisés ci-avant, les garanties du Contrat cessent :**

- en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 12 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;
- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date à laquelle le salarié visé ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire ;
- à la date de cessation du contrat de travail du membre

## » TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits ;

- à la date de résiliation de l'affiliation par le Membre participant effectuée dans les conditions prévues à l'article 3.4 « Faculté de renonciation » et 3.5 « Résiliation de l'affiliation » des présentes Conditions Générales ;
- au jour du décès du Membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les ayants droit.

La résiliation de l'adhésion est considérée comme définitive ;

- à la date de résiliation du présent Contrat ;
- pour les ayants droit, à la même date que la résiliation du Membre participant, et antérieurement, à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayants droit.

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

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

## CHAPITRE V OBLIGATIONS DES PARTIES

### » ARTICLE 7. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

L'affiliation du membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis, via l'entreprise, par l'organisme assureur (ou selon les modalités d'affiliation mises à disposition par l'organisme assureur). Sont indiqués sur ce document, les ayants droit déclarés par le Membre participant. Celui-ci adresse ce bulletin à l'organisme assureur dont relève son entreprise, soit lors de la prise d'effet du présent Contrat, soit lors de son entrée en fonction dans le cas d'une embauche postérieure à la date d'effet du Contrat, soit en cours d'année en cas de changement de situation familiale.

Dans ce cas, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'événement.

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

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

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

### » ARTICLE 8. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

#### Changement d'activité

Dans le cas où l'entreprise change d'activité, ne relève plus de l'accord interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1<sup>er</sup> mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale, elle devra le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois après ledit changement. Les organismes assureurs se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'article 15 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

#### Information des membres participants

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

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

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

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

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

## CHAPITRE VI COTISATIONS

### » ARTICLE 9. ASSIETTE DES COTISATIONS

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

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

### » ARTICLE 10. STRUCTURES DE COTISATIONS

La cotisation est fixée par salarié isolé.

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

» Cotisation « **Conjoint ou assimilé** » qui couvre de façon **facultative**, le conjoint du Membre participant, ou à défaut son partenaire de PACS ou concubin, tels que définis au chapitre II « Bénéficiaires » des présentes Conditions Générales ;

» Cotisation « **Enfant** » qui couvre de façon **facultative**, le(s) enfant(s) à charge, tels que définis au chapitre II « Bénéficiaires » des présentes Conditions Générales (pas de cotisation additionnelle à compter du 3<sup>e</sup> enfant à charge).

L'affiliation du Membre participant entraîne l'affiliation à la même date de l'ensemble de ses ayants droit déclarés, tels que définis au chapitre II « Bénéficiaires » des présentes Conditions générales.

### » ARTICLE 11. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les garanties du Contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

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

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

#### Remarque :

En cas d'affiliation ou de sortie des effectifs en cours de mois, la cotisation est prise en compte à la date d'affiliation ou de sortie des effectifs. Elle sera due proportionnellement au nombre de jours réels de présence entre les entrées et les sorties ; la couverture des garanties suit cette même règle. Il est précisé que pour les salariés exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

### 11.1 Paiement des cotisations par le membre participant

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

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

### 11.2 Paiement des cotisations par l'entreprise

Dans le cas où le Souscripteur assure le précompte des cotisations, il est seul responsable de leur paiement en totalité et la cotisation est payable mensuellement.

En cas de défaut de paiement de la cotisation, la procédure définie à l'article Défaut de paiement des cotisations sera mise en œuvre.

### » ARTICLE 12. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

#### 12.1 Paiement des cotisations par le membre participant

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

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

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

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

#### 12.2. Paiement des cotisations par l'entreprise

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

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

## » TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

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

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

### » ARTICLE 13. RÉVISION DES COTISATIONS

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

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

A cette fin, les taux de cotisation sont indexés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sur le dernier indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) connu.

Cette indexation ne dispense pas la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance (CNPTP) de l'Accord Interbranche, dans l'hypothèse où les comptes de résultats sont déficitaires, de renégocier les conditions de retour à l'équilibre du Contrat.

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

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

## CHAPITRE VII SAUVEGARDE, RÉSILIATION ET CONTRÔLE

### » ARTICLE 14. SAUVEGARDE DU CONTRAT

Les garanties et les cotisations définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature de l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 y compris le 100 % santé.

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

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base des présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières joints, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

### » ARTICLE 15. RÉSILIATION

La résiliation du Contrat relatif à l'opération collective à adhésion obligatoire emporte par voie de conséquence la résiliation des couvertures facultatives à la même date d'effet, dans les conditions de forme et délais notamment rappelés ci-après.

#### Le Contrat peut notamment être résilié :

- ▀ à la demande de l'organisme assureur, tous les ans par lettre recommandée, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
- ▀ à la demande de l'entreprise, tous les ans, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
- ▀ à la demande de l'entreprise, à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la date de prise d'effet du Contrat, l'entreprise disposant au-delà dans ce cas d'un droit de résiliation à tout moment, prenant effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification, et dont les modalités et restrictions sont définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application. La demande de résiliation de l'entreprise à l'organisme assureur doit être adressée selon l'une des modalités suivantes, au choix de l'entreprise :
  - une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
  - une lettre simple ou tout autre support durable ;
  - une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
  - un acte extrajudiciaire ;
  - par voie électronique ;
  - lorsque l'organisme assureur propose la souscription par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
  - soit par tout autre moyen prévu par le contrat ;L'organisme assureur attestera par écrit la réception de la notification de l'entreprise.

## » TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

à tout moment à la demande de l'organisme assureur à l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations définie à l'article 12.2 « Paiement des cotisations par l'entreprise » des présentes Conditions Générales.

En cas de résiliation du présent Contrat, l'organisme assureur pourra proposer une couverture dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé par l'organisme assureur.

### » ARTICLE 16. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

## CHAPITRE VIII AUTRES DISPOSITIONS

### » ARTICLE 17. PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations mentionnées au présent contrat se prescrit 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, que du jour où les organismes assureurs ou gestionnaires en ont eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court 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 contre les organismes assureurs ou gestionnaires a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur ou gestionnaire à l'entreprise ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'entreprise, le membre participant, à l'organisme assureur ou gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L 100 du code des postes et communications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente,
- un acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

La prescription est suspendue selon les articles 2234 et suivants du Code civil, et notamment à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

### » ARTICLE 18. FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

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

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, la garantie qui lui est accordée est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'organisme assureur qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

### » ARTICLE 19. SUBROGATION

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

## » TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

Le membre participant ou ses ayants droit atteints d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de sa demande de prestation.

### » ARTICLE 20. PROTECTION DES DONNÉES

#### Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), l'Entreprise reconnaît avoir été informée par l'organisme assureur ou gestionnaire, responsable du traitement des données à caractère personnel, que les données à caractère personnel du membre participant sont collectées et traitées par les organismes assureurs, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'organisme assureur ou gestionnaire de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

L'Entreprise reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel du membre participant et de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'organisme assureur, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

L'organisme assureur ou gestionnaire peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; l'organisme assureur ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme assureur ou gestionnaire est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légale ou dans le respect des durées prévues par la CNIL. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres de l'organisme assureur ou gestionnaire ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

#### Quels sont les droits et comment les exercer ?

Les bénéficiaires qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, disposent du droit de s'opposer au démarchage téléphonique en entrant leurs numéros de téléphones fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr). Leur inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de leur inscription.

Les membres participants disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition concernant leurs données, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès. Les membres participants disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées lorsqu'elles sont inexacts, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite. Ils disposent en outre d'un droit d'effacement pour des motifs légitimes.

Le membre participant a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

## » TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

Les bénéficiaires sont informés de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité (cf. les coordonnées de contact en ANNEXE II du présent contrat). Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris.

L'organisme assureur ou gestionnaire apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si les bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

### » **ARTICLE 21. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION**

L'organisme assureur doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener l'organisme assureur à solliciter auprès de l'entreprise et des membres participants la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles l'organisme assureur est assujéti. La souscription et l'adhésion sont conditionnées

aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait l'organisme assureur à une quelconque sanction.

### » **ARTICLE 22. RÉCLAMATION ET LITIGE/MÉDIATION**

Toute réclamation peut être formulée par oral ou par écrit. Lorsque la réclamation est formulée oralement, si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée, il doit alors formuler son insatisfaction au moyen d'un écrit.

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre le membre participant et l'organisme assureur.

Les réclamations concernant l'application du Contrat peuvent être adressées à l'organisme assureur et/ou gestionnaire (cf. les coordonnées de contact à l'ANNEXE II du présent contrat).

L'organisme assureur accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Le médiateur peut être saisi en cas de désaccord avec la réponse apportée par l'Organisme assureur ou gestionnaire, et en tout état de cause, deux mois après la première réclamation écrite, que le demandeur ait ou non reçu de réponse de la part de l'organisme assureur, 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). Les coordonnées du médiateur sont précisées pour chaque organisme assureur à l'annexe II du présent contrat.

La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

# » TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

## CHAPITRE IX ÉTENDUE DES GARANTIES

### » ARTICLE 23. 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 24. DISPOSITIF « CONTRAT RESPONSABLE »

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

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

Conformément aux dispositions des textes précités :

#### a. Les exclusions de prises en charge

**Le contrat ne prend pas en charge :**

- ▀ la majoration de la participation du membre participant prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) ;
- ▀ les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le membre participant consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- ▀ 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.

**Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du Contrat.**

**Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.**

**Au-delà des exclusions ci-dessus, l'organisme assureur ne prend pas en charge au titre du présent contrat :**

- ▀ Les traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures et traitements de rajeunissement et de détente, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire,
- ▀ Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour (y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), les frais liés aux séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels (dont les maisons d'accueil spécialisées-Mas).
- ▀ Tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation d'un salarié ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

#### b. Les prises en charge obligatoires au titre du contrat responsable

**La 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 notamment pour les soins de ville (sauf exception prévue par la réglementation), 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.

**La prise en charge de l'intégralité du Forfait Patient Urgences (FPU) défini à l'article L160-13, I du Code de la Sécurité sociale : Ledit forfait correspond à la participa-**

## » TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ suite

tion de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, et est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté et il peut être réduit selon les modalités de l'article précité.

### Le 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, sans limitation de durée, **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.**

### c. Encadrement de la prise en charge des dépassements d'honoraires

Conformément aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, le montant des prestations garanties au présent Contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale.

La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans la double limite de :

- ▀ 100 % du tarif opposable (\*) ;
- ▀ et du montant pris en charge par le contrat pour les dépassements des médecins ayant adhéré au DPTM, minoré d'un montant au moins égal à 20 % de la base de remboursement.

(\*) : le tarif opposable à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance maladie pour l'acte ou la consultation effectué par le médecin non adhérent à un DPTM.

A titre indicatif, les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée incluent à ce jour, pour autant que les professionnels appliquent le dispositif :

- ▀ l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) ;
- ▀ l'OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

Peuvent notamment adhérer à ces options les médecins pratiquant des honoraires non opposables (secteur 2) qui souhaitent s'engager dans une maîtrise de leurs dépassements d'honoraires. En contre-partie, les soins qu'ils réalisent bénéficient d'un remboursement identique aux

tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) par l'Assurance maladie obligatoire. L'OPTAM et l'OPTAMCO remplacent, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

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

### d. Le remboursement des équipements optiques

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

**Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :**

- ▀ **Les équipements optiques de classe A (« Reste à charge zéro »)** tels que définis dans la LPP, la prestation d'appariage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre de classe A sont sans reste à charge pour l'assuré après l'intervention combinée de l'Assurance maladie obligatoire et du contrat de complémentaire santé responsable. Ces équipements sont remboursés à hauteur des frais réels engagés dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % santé » ;
- ▀ **Les équipements optiques de classe B (« à tarifs libres »)** sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur est effectué dans le respect des planchers et plafonds prévus à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros (RSS inclus).

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- ▀ soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- ▀ soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

### e. Les remboursements dentaires

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement, un devis. Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

**Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis par le contrat responsable :**

- ▀ **Un panier « 100 % santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les honoraires

## » TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ suite

limites de facturation qui s'imposent aux chirurgiens-dentistes ;

- **Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés** remboursé au minimum à hauteur du ticket modérateur et sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans les tableaux de prestations ;
- **Un panier aux tarifs libres** remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur dans la limite des garanties prévues dans les tableaux de prestations.

### f. Le remboursement des aides auditives

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- **Les équipements auditifs de « classe I » sans reste à charge** tels que définis dans la LPP : sont remboursés au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- **Les équipements auditifs de « classe II »** sont remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur et si le contrat le prévoit la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement tels que précisés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est **limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

### g. Le bénéfice du tiers payant

Les personnes assurées au titre du présent contrat peuvent bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie souscrite, au moins à hauteur du Ticket Modérateur, pour autant que les professionnels appliquent le dispositif.

## » ARTICLE 25. TERRITORIALITÉ

Les garanties ne sont acquises qu'aux membres participants affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

Les membres participants garantis exercent leur activité dans le champ d'application de l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1<sup>er</sup> mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale : France métropolitaine et DROM, départements ou Régions français d'Outre-Mer.

## CHAPITRE X MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

### » ARTICLE 26. 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 de remboursements de la Sécurité sociale,
- à défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la feuille de soins destinée à la Sécurité sociale,
- à défaut, aux montants résultant de l'application de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

#### Maternité

Les frais médico-chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) à l'occasion de la maternité du membre participant (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 aux présentes Conditions Générales.

Les soins et frais indemnisés au titre de l'assurance Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse et 12<sup>e</sup> jour 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, les frais d'optique et les prothèses dentaires.

## » TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ suite

### » ARTICLE 27. DISPOSITION POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS-RHIN, DU HAUT-RHIN ET DE LA MOSELLE

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

### » ARTICLE 28. 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 29. PRINCIPE INDEMNITAIRE

**Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires. 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.**

**Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité Sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent Contrat.**

## CHAPITRE XI MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

### » ARTICLE 30. FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont traitées :

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

La demande doit être accompagnée des pièces et des justificatifs (note d'honoraires ; facture détaillée établie sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom du membre participant ; décomptes 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 ou à l'organisme gestionnaire de sa structure les factures et notes d'honoraires acquittées. 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.**

**La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par l'organisme gestionnaire est celle indiquée sur le décompte de remboursement des régimes d'assurance obligatoire sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire.**

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année.

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire en dehors des échanges informatisés entre l'organisme assureur ou gestionnaire et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire (hors flux NOEMIE), ces prestations sont versées à réception des dossiers complets dans un délai moyen de cinq (5) jours ouvrés (hors délais postaux et sous réserve de la complétude des demandes).

Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

## » TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ suite

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué aux membres participants ou aux destinataires désignés, ou selon les modalités proposées par l'organisme assureur (via l'extranet par exemple...).

# ANNEXE I : TABLEAU DES GARANTIES

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées par le régime complémentaire de BASE s'agissant des formules « base + option 1 » et « base + option 2 »), dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

GARANTIES	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
<b>HOSPITALISATION - Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>			
<b>Frais de séjour</b>	<b>200% BR</b>	<b>200% BR</b>	<b>200% BR</b>
<b>Honoraires :</b>			
<b>• Signataires DPTM :</b> Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	<b>220% BR</b>	<b>220% BR</b>	<b>300% BR</b>
<b>• Non signataires DPTM :</b> Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	<b>200% BR</b>	<b>200% BR</b>	<b>200% BR</b>
<b>Transport remboursé Ss</b>	<b>100% BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>100% BR</b>
<b>Forfait Patient Urgences (FPU)</b>	<b>100% FR</b>	<b>100% FR</b>	<b>100% FR</b>
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	<b>100% FR</b>	<b>100% FR</b>	<b>100% FR</b>
<b>Forfait actes lourds</b>	<b>100% FR</b>	<b>100% FR</b>	<b>100% FR</b>
<b>Chambre particulière par jour :</b> • Conventioneer jour / nuit (avec nuitée) • Conventioneer de jour (sans nuitée)	limité à 2% PMSS  limité à 1% du PMSS	limité à 2% PMSS  limité à 1% du PMSS	limité à 3% PMSS  limité à 1,5% du PMSS
<b>Personne accompagnante :</b> Conventioneer	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour	100% FR limité à 3% PMSS / jour
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux remboursés Ss :</b>			
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non d'un DPTM	<b>100% BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>100% BR</b>
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	<b>220% BR</b>	<b>220% BR</b>	<b>220% BR</b>
Consultation - visites : Spécialistes non signataires d'un DPTM	<b>200%BR</b>	<b>200%BR</b>	<b>200% BR</b>
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	<b>170% BR</b>	<b>170% BR</b>	<b>170% BR</b>
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	<b>150% BR</b>	<b>150% BR</b>	<b>150% BR</b>
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	<b>150%BR</b>	<b>150%BR</b>	<b>170%BR</b>
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	<b>130%BR</b>	<b>130%BR</b>	<b>150% BR</b>

GARANTIES	BASE		BASE + OPTION 1		BASE + OPTION 2	
<b>SOINS COURANTS suite</b>						
<b>Honoraires médicaux non remboursés Ss :</b>						
Médecine douce (****) (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	<b>25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire</b>		<b>25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire</b>		<b>25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire</b>	
<b>Médicaments</b> Remboursés Ss	<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b> Remboursée Ss	<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>	
<b>Analyses et examens de labo- ratoire</b> <b>Analyses et examens de biologie médicale remboursés Ss</b>	<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>	
<b>Honoraires paramédicaux</b>						
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>	
Psychologues (actes remboursés Ss)	<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>	
<b>Matériel médical</b> Orthopédie et autres prothèses ou appareillages remboursés Ss (hors dentaires, auditifs et d'optique)	<b>200% BR</b>		<b>200% BR</b>		<b>200% BR</b>	
<b>Transport</b> remboursé Ss	<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>	
<b>Forfait actes lourds</b>	<b>100% FR</b>		<b>100% FR</b>		<b>100% FR</b>	
<b>AIDES AUDITIVES</b>						
<b>Aides auditives remboursées Ss</b> , dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment)	<b>Equipements 100 % santé (**)</b>	<b>Equipements Libres (***)</b>	<b>Equipements 100 % santé (**)</b>	<b>Equipements Libres (***)</b>	<b>Equipements 100 % santé (**)</b>	<b>Equipements Libres (***)</b>
	<b>100% FR dans la limite des PLV</b>	<b>20% PMSS par oreille (au minimum 100% BR)</b>	<b>100% FR dans la limite des PLV</b>	<b>20% PMSS par oreille (au minimum 100% BR)</b>	<b>100% FR dans la limite des PLV</b>	<b>1 700 € par oreille</b>
<b>Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (*)</b>	<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>		<b>100% BR</b>	
<p>(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.  (**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.  (***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.  S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1700 € RSS inclus au 01.01.2021).  (****) La mutuelle ou l'institution de prévoyance intervient pour les consultations non remboursées par la Sécurité sociale et réalisées par un praticien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.</p>						

GARANTIES	BASE			BASE + OPTION 1			BASE + OPTION 2			
<b>DENTAIRE</b>										
<b>Soins</b> Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR			100% BR			100% BR			
<b>Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursées par la Ss :</b>	<b>Panier 100% santé</b>	<b>Panier maîtrisé (*)</b>	<b>Panier libre</b>	<b>Panier 100% santé</b>	<b>Paniers maîtrisés (*) et libres</b>	<b>Panier 100% santé</b>	<b>Paniers maîtrisés (*) et libres</b>			
Dents du sourire (**) (incisives, canines, prémolaires)		250%BR	Dans la limite de 900 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125% BR)	125%BR	100% FR (dans la limite des HLF)	325% BR	Dans la limite de 1050€ (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125% BR)	100% FR (dans la limite des HLF)	450% BR	Dans la limite de 1450 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125% BR)
Dents de fond de bouche	100%FR (dans la limite des HLF)	220%BR				250% BR			350% BR	
Inlays-core		150%BR				200% BR			200% BR	
Inlays/onlays	néant	100%BR		100%BR	néant	100% BR	néant	100% BR		
<b>Orthodontie</b> remboursée Ss	300%BR			300%BR			350% BR			
<b>Orthodontie</b> non remboursée Ss	250% BRR			250% BRR			250% BRR			
<b>Prothèses dentaires</b> non remboursées Ss	7% PMSS / an			7% PMSS / an			10% PMSS / an			
<b>Implantologie</b>	20% PMSS / an			22% PMSS / an			25% PMSS / an			
<small>(*) dans la limite des HLF.  (**) Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires.  Ces dents correspondent aux numéros de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.</small>										
<b>OPTIQUE</b>										
<b>Equipements (1 monture / 2 verres)</b>	<b>Equipements 100 % santé (*)</b>	<b>Equipements Libres (**)</b>		<b>Equipements 100 % santé (*)</b>	<b>Equipements Libres (**)</b>	<b>Equipements 100 % santé (*)</b>	<b>Equipements Libres (**)</b>			
<b>Verres et monture (***)</b>	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base		100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base + Option 1	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base + Option 2			
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique :</b>										
<b>Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) (*)</b>	100% FR dans la limite des PLV			100% FR dans la limite des PLV			100% FR dans la limite des PLV			
<b>Supplément pour verres avec filtres de classe A (*)</b>	100% FR dans la limite des PLV			100% FR dans la limite des PLV			100% FR dans la limite des PLV			
<b>Supplément pour verres avec filtres de classe B</b>	100 % BR dans la limite des PLV			100 % BR dans la limite des PLV			100 % BR dans la limite des PLV			
<b>Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A</b>	100 % BR dans la limite des PLV			100 % BR dans la limite des PLV			100 % BR dans la limite des PLV			

GARANTIES	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
<b>OPTIQUE suite</b>			
<b>Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B</b>	<b>100 % BR dans la limite des PLV</b>	<b>10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV</b>	<b>10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV</b>
<b>Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antipétosis / verres iséconiques)</b>	<b>100 % BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>100 % BR</b>
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique :</b>			
<b>Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)</b>	<b>3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)</b>	<b>3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)</b>	<b>6,5% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)</b>
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>22% PMSS par année civile, par bénéficiaire</b>	<b>22% PMSS par année civile, par bénéficiaire</b>	<b>25% PMSS par année civile, par bénéficiaire</b>
<p>(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.  Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.  (**) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.  Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.  (***) Conditions de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.</li> <li>Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.</li> <li>Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.</li> <li>Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.</li> </ul> <p>Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.</li> </ul> <p>Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.</p> <p>Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant : <ul style="list-style-type: none"> <li>Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.</li> <li>Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.</li> </ul> </li> </ul>			
<b>ACTES DE PREVENTION</b>			
<b>Actes de prévention définis par la réglementation</b>	<b>100% BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>100% BR</b>
<b>ACTES DIVERS</b>			
<b>Cures thermales acceptées par la Ss</b>	<b>100% BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>100% BR</b>

**ABRÉVIATIONS :**

**Ss** : Sécurité sociale

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

**BRR** : Base de remboursement reconstituée

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

**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

**OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

**€** : Euro

**FR** : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

GRILLE OPTIQUE (Sécurité sociale incluse)	BASE		BASE + OPTION 1		BASE + OPTION 2	
UNIFOCAUX (montant par verre)	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €		75,00 €		90,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €		90,00 €		100,00 €
sphère < -8 ou > +8		100,00 €		125,00 €		130,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	40,00 €	100% FR dans la limite des PLV	85,00 €	100% FR dans la limite des PLV	100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €		85,00 €		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €		95,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €		110,00 €		120,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	55,00 €	100% FR dans la limite des PLV	135,00 €	100% FR dans la limite des PLV	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00 €		135,00 €		140,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €		140,00 €		150,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		120,00 €		150,00 €		160,00 €

MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (montant par verre)	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	160,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €		160,00 €		180,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €		175,00 €		200,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €		175,00 €		200,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €		200,00 €		230,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	115,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		170,00 €		200,00 €		230,00 €

MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
Verre neutre (montant par verre)	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)		100,00 €		100,00 €		100,00 €

Sphère = SPH / cylindre = CYL (+) / S = SPH + CYL

# ANNEXE II : COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS

Organismes Assureurs	Mentions légales	Réclamation	Médiation	Protection des données personnelles (demande d'exercice de droits)
<b>AÉSIO mutuelle</b>	Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391. Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 Paris	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Par courrier à :</b> AÉSIO mutuelle Service Réclamations TSA 11390 53106 Mayenne Cedex</li> <li>➤ <b>Ou directement sur le formulaire de contact accessible de l'espace adhérents ou sur le site internet de la Mutuelle :</b> <a href="https://www.aesio.fr/">https://www.aesio.fr/</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Par courrier à :</b> Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 Paris cedex 15</li> <li>➤ <b>Ou via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur :</b> <a href="https://saisine.mediateur-mutualite.fr">https://saisine.mediateur-mutualite.fr</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Par courrier à :</b> AÉSIO mutuelle Délégué à la Protection des Données 4 rue du Général Foy 75008 Paris</li> <li>➤ <b>Ou par mail à :</b> <a href="mailto:aesio.dpo@aesio.fr">aesio.dpo@aesio.fr</a></li> </ul>
<b>Intégrance Groupe Apicil</b>	Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, Siège social : 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon.  La gestion est assurée par APICIL Mutuelle, Mutuelle du Groupe APICIL, Siège social : 38 rue François Peissel 69300 Caluire-et-Cuire	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Par courrier à :</b> Intégrance Groupe APICIL Direction Services Clients – Equipe Réclamation 38 rue François Peissel 69300 Caluire-et-Cuire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Par courrier à :</b> Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 Paris cedex 15</li> <li>➤ <b>Ou par mail à :</b> <a href="mailto:mediation@mutualite.fr">mediation@mutualite.fr</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Par courrier à :</b> Alntégrance – DPO Service Réclamations 89 rue Damrémont 75882 Paris Cedex 18.</li> <li>➤ <b>Ou par mail à :</b> <a href="mailto:dpo@integrance.fr">dpo@integrance.fr</a></li> </ul>
<b>AG2R Prévoyance</b>	AG2R Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris SIREN n° 333 232 270	<p>Le réclamant peut s'adresser à l'Institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Par internet sur le site internet de l'Institution à l'adresse suivante :</b> <a href="http://www.ag2rlamondiale.fr">www.ag2rlamondiale.fr</a> ;</li> <li>➤ <b>Via l'espace client ;</b></li> <li>➤ <b>Par courrier à l'adresse suivante :</b> AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX</li> <li>➤ <b>Par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :</b> 09 72 67 22 22 pour les entreprises, 09 69 32 20 00 pour les particuliers.</li> </ul>	<p>Le réclamant pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de la Protection sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site :</b> <a href="https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/">https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/</a> ;</li> <li>➤ <b>Par courrier à l'adresse suivante :</b> Médiateur de la protection sociale 10, Rue Cambacères 75008 Paris</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante :</b> 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex</li> </ul>

Organismes Assureurs	Mentions légales	Réclamation	Médiation	Protection des données personnelles (demande d'exercice de droits)
<b>Mutuelle Ociene Matmut</b>	Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085 Siège social : 35, rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex	<p>▀ <b>Par courrier à :</b> Service « Réclamations » du Groupe Matmut 66 rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 1</p>	<p>▀ <b>Par courrier à :</b> La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09</p>	<p>▀ <b>Par courrier à :</b> Matmut 66 rue de Sotteville 76100 Rouen</p> <p>▀ <b>Ou par mail à :</b> dpd@matmut.fr</p>
<b>Harmonie Mutuelle Groupe VYV</b>	HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473 – Siège social : 143 rue Blomet, 75015 PARIS, numéro LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57	<p>▀ <b>Par courrier à l'adresse figurant sur la carte mutualiste</b></p> <p>▀ <b>Sur l'espace Harmonie &amp; Moi</b></p>	<p>▀ <b>Par courrier à son adresse postale :</b> Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle Harmonie Mutuelle CNPM Médiation Consommation 27 Avenue de la Libération 42400 Saint-Chamond</p> <p>▀ <b>Ou sur le site du médiateur à :</b> <a href="http://cnpm-mediation-consommation.eu">http://cnpm-mediation-consommation.eu</a></p>	<p>▀ <b>Par courrier à :</b> Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 Nantes Cedex 2</p> <p>▀ <b>Ou par mail à :</b> dpo@harmonie-mutuelle.fr</p>
<b>MGEN Groupe VYV</b>	MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399 Siège social : 3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15 numéro LEI : 9695002XFDDIA8FN1325	<p>▀ <b>Par courrier postal à :</b> MGEN Entreprises Service réclamations TSA 11644 75901 Paris Cedex 15</p>	<p>▀ <b>Par courrier à :</b> CNPM Médiation Consommation 27, avenue de la libération 42 400 Saint-Chamond</p> <p>▀ <b>Ou sur le site internet à :</b> <a href="http://cnpm-mediation-consommation.eu">http://cnpm-mediation-consommation.eu</a></p>	<p>▀ <b>Par courrier à :</b> MGEN Gestion CNIL 7 square Max Hymans 75015 Paris</p> <p>▀ <b>Ou par mail à :</b> dpo@mgensolutions.fr</p>



#### **AG2R Prévoyance**

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,  
membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, 14-16, Boulevard Malesherbes - 75008 PARIS

#### **AESIO mutuelle**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391.  
Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.

#### **Intégrance**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,  
51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 Lyon.  
La gestion est assurée par APICIL Mutuelle, Mutuelle du Groupe APICIL, Siège social : 38, rue François  
Peissel - 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

#### **Mutuelle Ociane Matmut**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,  
35, rue Claude Bonnier - 33054 BORDEAUX Cedex.

#### **Le groupement de co-assurance mutualiste Harmonie Mutuelle / MGEN :**

##### **MGEN :**

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,  
immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399  
Siège social : 3 square Max Hymans - 75748 PARIS Cedex 15

##### **Harmonie Mutuelle :**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,  
immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD - 57  
Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS



**Harmonie  
mutuelle**

GRUPE **vyv**

**AVANÇONS collectif**



Eco-organisme DU/REP N° FR233228\_03WODX