

Notice d'Information

Contrat Cadre N°

GD_USM000021

LE PETIT CUISINIER

Sommaire

Préambule	3
Attestation de réception de la Notice d'information	4
Objet du Contrat	6
Bénéficiaires du Contrat.....	6
L'affiliation au Contrat et ses modalités	8
Maintien des garanties.....	12
Cotisations	15
Garanties	16
Les remboursements	18
Informations pratiques	19
Annexe 1 Spécificité du Contrat	21
Annexe 2 Modalités d'application des garanties.....	22
Tableau des garanties.....	23
Annexe 3 Les mots clés de la santé	25

Préambule

Umanens a élaboré un Régime Complémentaire Santé (mutuelle) dédié aux petites et moyennes entreprises de votre branche.

Ce régime frais de santé a été spécialement développé pour répondre aux besoins de la filière. Il permet ainsi le remboursement aux salariés de tout ou partie de leurs frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Ce régime est composé d'une couverture socle obligatoire et d'options facultatives.

La présente Notice d'information précise les modalités de mise en œuvre du régime dont vous bénéficiez en application du Contrat souscrit par votre Employeur.

UMANENS est une Union de Groupe Mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social : 40 Boulevard Richard Lenoir - 75011 PARIS agissant au nom et pour le compte du groupement composé de :

- ▢ **IDENTITÉS MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 379 655 541, Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS, en qualité d'assureur et distributeur,
- ▢ **LA MUTUELLE FAMILIALE**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 784 442 915, Siège social : 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS, en qualité d'assureur et distributeur,
- ▢ **MUTUALIA GRAND OUEST (MGO)**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau - 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex, en qualité d'assureur et distributeur,
- ▢ **MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS)** Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex, en qualité d'assureur et distributeur,
- ▢ **MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS)** Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 449 571 256, 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES, d'assureur et distributeur.

Attestation de réception de la Notice d'information

Important : ce document est à compléter et à signer par le salarié puis à remettre à l'employeur. Il doit être conservé par l'employeur sans limite de durée et être remplacé à chaque remise d'une nouvelle Notice d'information constatant des modifications contractuelles.

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

reconnais avoir reçu la Notice d'information relative au régime Frais de santé souscrit par mon employeur.

Réservé au salarié

À :

Le :

Signature



Objet du Contrat

Le Contrat Frais de santé souscrit par votre Employeur est un contrat collectif à adhésion obligatoire comportant également des garanties à adhésion facultative.

Il a pour objet de garantir aux salariés, le remboursement total ou partiel des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

L'adhésion à la garantie socle, souscrite par l'Employeur, est obligatoire pour les salariés.

En complément de cette couverture socle obligatoire, l'Entreprise peut décider de mettre en place des garanties à adhésion facultative (options facultatives) sans contribution financière de l'employeur. Dans ce cas, vous pourrez choisir d'en bénéficier, sous réserve de vous acquitter de l'entière cotisation correspondante.

S'agissant de vos ayants droit, lorsque ceux-ci ne sont pas couverts à titre obligatoire, vous pouvez souscrire à leur bénéfice une couverture facultative (Nota Bene : la couverture facultative des ayants droit ne donne pas lieu à contribution financières de l'Employeur). Dans ce cas, vous êtes seul responsable du paiement de la cotisation afférente à leur couverture frais de santé. Vos ayants droit affiliés au contrat bénéficient nécessairement du même niveau de garanties que vous.

Bénéficiaires du Contrat

Qui bénéficie du Contrat ?

a. Vous, en tant que Salarié

Le Contrat bénéficie à l'ensemble des Salariés inscrits aux effectifs, de la catégorie « Cadre » définie aux conditions particulières, de l'entreprise souscriptrice/adhérente.

Seul le Salarié est couvert à titre obligatoire, sauf dispositions spécifiques contenues dans l'acte juridique instituant le régime frais de santé. Les Salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit peuvent le faire à titre facultatif.

Si vous ne souhaitez pas être couverts au titre du contrat, vous pouvez le cas échéant, vous prévaloir des cas de dispense d'adhésion prévues aux articles L.911-7, D. 911-2 et D. 911-3 du code de la sécurité sociale (cas de dispenses dits « de plein droit ») et à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.

A noter : les cas de dispense dits « de plein droit » ou « d'ordre public » s'appliquent y compris dans le silence de l'acte juridique mettant en place le régime frais de santé.

Vous ne pourrez bénéficier d'une dispense d'adhésion aux garanties que si vous en faites la demande expresse auprès de votre Employeur en lui adressant, le cas échéant, toute pièce permettant de justifier que votre situation correspond à l'un des cas de dispense d'adhésion d'ordre public ou prévu au régime collectif.

Vous ne bénéficierez plus de la dispense d'adhésion :

- A la date à laquelle vous ne remplirez plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'adhésion ;
- A la date à laquelle vous souhaitez renoncer à votre dispense d'adhésion, à condition d'en faire la demande

par écrit auprès de votre employeur.

b. Vos ayants droit

Si vous souhaitez couvrir vos ayants droit, vous pouvez le faire à titre facultatif.

Vos ayants droit bénéficieront obligatoirement du même niveau de couverture que vous.

Peuvent avoir la qualité d'ayant droit au titre du présent contrat :

- **votre conjoint, partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin.**
 - Le conjoint : Personne mariée avec le Salarié, en application des dispositions prévues par les articles 143 et suivants du Code civil.
 - Le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) : Personne ayant conclu avec le Salarié 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.
 - Le concubin : Personne vivant en couple avec le Salarié dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve qu'une période de vie commune d'une année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF notamment) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union. L'Organisme assureur peut réclamer, à tout moment, les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du Salarié.

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que pour les autres bénéficiaires du Contrat.

- **les enfants du Salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin.**

Sont considérés comme enfants à charge :

- Les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 20^e anniversaire ;
 - Les enfants étudiants, apprentis, en contrat d'insertion professionnelle, intérimaires, en recherche d'emploi ou en Contrat à Durée Déterminée (CDD) jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^e anniversaire.
- **les enfants du Salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.**

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

Les pièces justifiant de la qualité des ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur demande d'affiliation par le Salarié puis à toute demande formulée par l'Organisme assureur.

L'affiliation au Contrat et ses modalités

Votre Organisme assureur d'affiliation est déterminé selon les règles définies entre les assureurs membres de l'Union de Groupe Mutualiste Umanens. Il est précisé en annexe de la présente Notice d'information.

a. Affiliation aux garanties souscrites par votre Employeur

Les prestations sont dues pour toutes vos demandes consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de votre affiliation au contrat.

En revanche, la fin de votre droit aux prestations intervient pour toutes les demandes consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la cessation de votre affiliation à la garantie socle souscrite par votre Employeur.

■ Votre affiliation à titre obligatoire

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Votre affiliation au régime Frais de santé mis en place par votre Employeur est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

Quand votre affiliation prend-elle effet ?

Elle prend effet :

- à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion de votre Employeur au présent Contrat ;
- à compter de votre date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise, si vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de votre Employeur au Contrat ;
- à compter de la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'adhésion au régime frais de santé ;
- à compter de la date à laquelle vous souhaitez renoncer à votre dispense d'adhésion, à condition d'en faire la demande par écrit à votre Employeur.

■ Affiliation de vos ayants droit à titre facultatif

Quelles sont les modalités d'affiliation de vos ayants droit ?

Si vous souhaitez couvrir vos ayants droit à titre facultatif, vous pouvez le faire au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation. Vos ayants droit bénéficieront des mêmes garanties que celles dont vous bénéficiez.

Quand l'affiliation de vos ayants droit prend-elle effet ?

L'affiliation de vos ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation au Contrat si la demande se fait simultanément ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit la réception d'un Bulletin Individuel d'Affiliation si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de survenance de l'événement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclaré à l'Organisme assureur.

L'affiliation de vos ayants droit à titre facultatif vous engage pour une durée minimale d'une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

Quand l'affiliation de vos ayants droit prend-elle fin ?

Vous pouvez dénoncer chaque année l'affiliation de vos ayants droit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à l'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation de l'affiliation de vos ayants droit prend effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Lorsque vos ayants droit viennent à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, vous pouvez demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de vos ayants droit, sous réserve de la production d'un justificatif actant de leur adhésion à un régime obligatoire, datant de moins de trois (3) mois.

La dénonciation de l'affiliation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande par l'Organisme assureur.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de couverture de vos ayants droit ne pourra intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai deux (2) ans, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de votre ayant droit (chômage non indemnisé, retraite, ...).

En tout état de cause, l'affiliation de l'ayant droit cesse à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions précédemment évoquées.

b. Affiliation facultative aux garanties optionnelles

Quelles sont les modalités d'affiliation aux garanties optionnelles ?

Lorsque des garanties optionnelles ont été souscrites par l'Entreprise adhérente en complément de la couverture socle obligatoire, vous avez la possibilité d'améliorer pour vous-même et pour vos ayants droit, le niveau de votre couverture frais de santé en demandant votre affiliation, à titre facultatif, à (aux) l'option(s).

Le choix que vous retiendrez pour vous-même, s'imposera nécessairement à vos ayants droit couverts à titre facultatif ou à titre obligatoire le cas échéant.

L'affiliation aux options facultatives s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation.

Quand l'affiliation aux garanties optionnelles prend-elle effet ?

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- À la date de prise d'effet de votre affiliation à titre obligatoire au Contrat, si la demande est faite simultanément;
- Au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande est faite ultérieurement.

Peut-on modifier l'option choisie ?

Vous pourrez modifier chaque année l'option choisie pour vous même et vos ayants droit le cas échéant, par demande écrite ou envoi recommandé électronique (Bulletin Individuel d'Affiliation ou Bulletin de Changement de Situation, papier ou électronique, avec signature ou signature électronique), adressé à l'organisme Assureur ou à l'Organisme Gestionnaire, selon les modalités prévues ci-dessous (les coordonnées figurent sur le Bulletin Individuel d'Affiliation mis à disposition par l'Employeur) :

- ☐ option pour une garantie d'un niveau supérieur à celle souscrite : la demande prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par le Gestionnaire. Après douze (12) mois calendaire, il sera à nouveau possible d'opter pour une option d'un niveau supérieur, en fonction du régime obligatoire choisi par l'Employeur. Toute modification des garanties engage le salarié pour une période de deux (2) ans.
- ☐ option pour une garantie d'un niveau inférieur à celle souscrite précédemment : l'option pour une garantie d'un niveau inférieur ne peut intervenir avant un délai de vingt-quatre (24) mois, suivant la souscription de l'option en cours.

Pouvez-vous dénoncer l'option choisie ?

Vous pouvez dénoncer chaque année votre affiliation aux garanties optionnelles, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à l'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation de(s) l'option(s) prend effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'affiliation à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de deux (2) ans.

DROIT DE RENONCIATION AUX GARANTIES FACULTATIVES (OPTIONS) EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la Mutualité, en cas d'affiliation à distance ou faisant suite à du démarchage, le salarié qui souscrit des garanties facultatives dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, daté et signé, envoyé au gestionnaire du contrat ou à l'Organisme assureur :

- ☐ Umanens, 40 boulevard Richard Lenoir 75011
- ☐ reclamations@umanens.fr

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « *Par le présent envoi recommandé avec accusé de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer*

à mon option/la couverture de mon(mes) ayant(s) droit [nom(s), prénom(s)] dans le cadre du contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

L'exercice du droit de renonciation met fin à votre adhésion à compter de la date de réception de votre demande. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé si vous avez demandé l'exécution anticipée des garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque les garanties sont mises en œuvre en connaissance de cause par vous ou vos ayants droit, en cas de démarchage.

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie facultative est annulée. Le salarié ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Le Gestionnaire restitue le solde de la cotisation au plus tard trente (30) jours après la réception de la lettre de renonciation.

c. Cessation de l'affiliation au contrat (garantie socle obligatoire et garanties optionnelles)

Votre affiliation au Contrat cesse :

- à la date de liquidation de votre pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur;
- à la date de rupture de votre contrat de travail (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité telles qu'elles sont prévues dans la présente Notice d'information;
- à la date de votre décès ;
- pour vos ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition des ayants droit telle que prévue à la présente notice d'information, et en tout état de cause à la même date que vous;
- à la date de résiliation du Contrat par l'Organisme assureur ou par votre Employeur.

La cessation de votre affiliation au contrat entraîne tant pour vous que pour vos ayants-droit le cas échéant, la suppression du droit aux prestations pour toutes demandes consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la cessation de l'affiliation (garantie obligatoire et garantie(s) facultative(s)).

En cas de cessation de votre affiliation due à la cessation de votre contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, votre Employeur sera tenu d'en informer l'Organisme assureur.

d. Vos obligations

En cas de modification de votre situation ayant des conséquences sur votre affiliation à titre obligatoire au présent régime ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture de vos ayants droit ou adhésion/modification des options), vous êtes tenu d'adresser directement auprès de l'Organisme gestionnaire (coordonnées dans le Bulletin Individuel d'Affiliation) un Bulletin de changement de situation ainsi que toute pièce justificative nécessaire à la prise en compte de votre changement de situation.

Maintien des garanties

En cas de cessation de votre contrat de travail, qu'advient-il de votre couverture Frais de santé ?

a. Portabilité des droits : salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, vous bénéficiez du maintien temporaire à titre gratuit de la couverture mise en place par votre employeur.

■ Prise d'effet et durée du maintien des garanties

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail;
- La durée de ce maintien est égale à la période d'indemnisation par Pôle emploi, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même Employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.

■ Conditions du maintien des garanties

Le maintien des garanties est subordonné aux conditions suivantes :

- que vous ayez ouvert vos droits à remboursements complémentaires lorsque vous étiez en activité auprès de l'Employeur;
- que vous justifiiez mensuellement, auprès de l'Organisme assureur, de votre prise en charge par le régime d'Assurance chômage ; auquel cas le maintien des garanties pourra être suspendu.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise.

■ Ayants droit

Vos ayants bénéficieront également du maintien temporaire des garanties, sous réserve d'être affiliés au Contrat à la date de rupture de votre contrat de travail.

■ Formalités

Pour bénéficier du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, vous devez remplir et signer un document de maintien des garanties.

Ce document sera transmis à l'Organisme assureur par votre Employeur avant la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce document permet à l'Employeur de nous informer de la cessation de votre contrat de travail ouvrant droit au maintien des garanties au titre de la portabilité et d'indiquer sa durée maximale.

■ Financement

Le dispositif de portabilité est financé par un système de mutualisation.

Par conséquent, aucune contrepartie de cotisation ne vous sera demandée durant la période de maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité

■ Cessation des garanties :

Les garanties cessent obligatoirement :

- au terme de la période de maintien prévue à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale ;
- à la date à laquelle vous cessez de percevoir les allocations du régime d'assurance chômage ;
- à la date de reprise d'une activité ;
- à la date de résiliation du contrat souscrit par votre Employeur.

b. Maintien des garanties à titre individuel : au titre de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, vous pouvez bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le Contrat, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux.

Sont admis au bénéfice de ce dispositif :

- les anciens Salariés bénéficiaires d'une pension de retraite, à condition d'avoir été affiliés au Contrat en tant qu'actifs ;
- les anciens Salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu ;
- les anciens Salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef du Salarié décédé, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du décès,

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, l'ancien Salarié ou les ayants droit du Salarié décédé souhaitant bénéficier du maintien de la couverture à titre individuel doivent en faire la demande auprès de l'Organisme assureur dans un délai de six (6) mois suivant la date du fait générateur (rupture du contrat de travail ; expiration de la période de maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité ; date de décès du Salarié).

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande. Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

La cotisation due, relative au maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin, sera intégralement à la charge de l'ancien Salarié ou des ayants droit du salarié décédé.

L'Organisme assureur du contrat collectif obligatoire adresse une proposition de contrat à l'ancien Salarié ou aux ayants droit du Salarié venant à décéder dans un délai maximal de deux (2) mois suivant la date du fait générateur (rupture du contrat de travail ; expiration de la période de maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité ; date de décès du Salarié), sous réserve que l'Employeur l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ». Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

Un Salarié dont le contrat de travail est suspendu peut-il conserver le bénéfice de la couverture Frais de santé ?

c. Suspension du contrat de travail indemnisée

Votre affiliation est maintenue en cas de suspension de votre contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors que vous bénéficiez, durant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle) financés au moins pour partie par votre Employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Votre Employeur continu de verser la même contribution (part patronale) que pour les Salariés actifs durant toute la période de suspension de votre contrat de travail. Parallèlement, vous devez obligatoirement continuer à vous acquitter de votre propre part de cotisation (part salariale).

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable à vos ayants droit bénéficiaires, dans le cadre d'une extension facultative du régime obligatoire mis en place par votre Employeur et, le cas échéant, d'une des couvertures optionnelles. Dans ce cadre, vous devez vous acquitter de l'intégralité de la ou des cotisations afférentes au paiement des couvertures facultatives.

d. Suspension du contrat de travail non indemnisée

Si votre contrat de travail est suspendu et que vous ne bénéficiez pas d'un maintien total ou partiel de salaire, ou du versement d'indemnités journalières complémentaires (par exemple en cas de congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), vous ne bénéficiez pas du maintien du régime de complémentaire santé mis en place dans l'Entreprise.

La suspension des garanties intervient à compter de la date de suspension du contrat de travail.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail, sous réserve que l'Organisme assureur en soit informé dans un délai de trois (3) mois suivant la reprise. A défaut, la remise en vigueur des garanties pour vous-même et, le cas échéant, pour vos ayants droit, sera la date à laquelle l'Organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Durant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due pour vous-même ou pour vos éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat d'assurance.

Toutefois, vous pourrez, si vous le souhaitez, continuer à bénéficier du régime de complémentaire santé pendant la période de suspension de votre contrat de travail, sous réserve d'en faire la demande auprès de votre Employeur et de vous acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale) directement auprès de l'Organisme assureur / Organisme gestionnaire.

Le montant de la cotisation est identique à celui prévu pour les salariés actifs. Il suivra les mêmes évolutions, le cas échéant.

Cotisations

Quel est le montant des cotisations ?

Le financement des garanties de complémentaire santé est assuré par le versement de cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité, ou en euros (€).

Le taux (pourcentage du PMSS) ou montant (en euros) de la cotisation est indiqué au Bulletin d'Individuel d'Affiliation.

En tout état de cause, dans le cas d'une évolution légale ou réglementaire susceptible d'avoir une influence sur les cotisations et/ou les prestations prévues par le Contrat, les modifications nécessaires à la mise en conformité du contrat seront apportées.

Quelles sont les modalités de paiement des cotisations ?

a. Garanties souscrites à titre obligatoire par l'Employeur

La couverture socle obligatoire est mise en œuvre en contrepartie du paiement des cotisations correspondantes. Elle est financée à minima à hauteur de 50 % par l'Employeur quel que soit votre régime effectif d'affiliation (régime général ou régime local Alsace-Moselle).

Votre participation est directement précomptée par votre Employeur sur votre fiche de paie.

b. Garanties optionnelles et couverture facultative de vos ayants droit

La couverture facultative de vos ayants droit est entièrement à votre charge (cotisation précisée dans le Bulletin Individuel d'Affiliation) ; sauf dispositions spécifiques contenues dans l'acte juridique instituant le régime frais de santé (voir annexe et Bulletin Individuel d'Affiliation).

Les cotisations sont directement prélevées sur votre compte bancaire à terme échu (ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation).

Les cotisations additionnelles relatives au financement du niveau de garanties optionnel pour vous-même et vos éventuels ayants droit est également entièrement à votre charge.

Les cotisations sont directement prélevées sur votre compte bancaire à terme échu (ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation).

Quelles sont les conséquences du non-paiement des cotisations ?

Dans le cadre des garanties facultatives que vous pourriez souscrire (couverture de vos ayants droit ; garanties optionnelles), en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, l'Organisme assureur vous envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure, en application de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours, à compter de la notification de la mise en demeure, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties souscrites à titre facultatif et définies au contrat collectif.

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

Garanties

Comment sont déterminées les garanties ?

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'Organisme assureur, et le détail des prestations sont indiqués dans le tableau des garanties figurant en annexe de la présente Notice d'information.

Le contrat n'a pas la qualité de contrat responsable au sens des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le présent Contrat sera mis en conformité avec les nouvelles dispositions au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, par voie d'avenant signé par les parties.

Quelles sont les modalités de calcul des garanties ?

c. Montants retenus

Les garanties prévues par le présent contrat sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de remboursement (« BR ») de l'Assurance Maladie obligatoire applicable au moment de la survenance de l'événement;
- en forfait euros (« € »), c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

d. Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, l'Organisme assureur calcule le montant des prestations par référence au tarif d'autorité appliqué par les Organismes d'Assurance maladie.

Le calcul de ces prestations telles qu'elles sont prévues par le tableau des garanties se fera donc sur la base du tarif d'autorité pour ces garanties.

e. Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre Organisme assureur

Si vous bénéficiez par ailleurs d'une couverture Frais de santé, vous avez la possibilité de faire intervenir l'organisme assureur de votre choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

Il en va de même dans le cas où votre éventuel ayant droit bénéficierait par ailleurs d'une couverture Frais de santé à titre individuel ou au sein de son entreprise.

La contribution de chaque organisme assureur est déterminée en application des montants de remboursement établis dans le contrat, dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Pour le deuxième niveau, vous, ou le cas échéant, votre ayant droit, devrez produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenu en premier niveau de remboursement complémentaire.

f. Principe indemnitaire

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais à votre charge ou, le cas échéant, à la charge de votre ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Le contrat prévoit-il d'autres services?

g.Services associés

L'Organisme assureur choisi par votre Employeur met à votre disposition et, le cas échéant, à celle de vos ayants droit, les services prévus ci-dessous :

- télétransmission;
- tiers payant;
- réseau de soins;
- prestations d'assistance;
- prestations de protection juridique.

D'autres services associés au présent Contrat pourront être mis en place par l'Organisme assureur.

Les remboursements

Quelles sont les formalités de règlement des prestations ?

Les prestations sont traitées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission entre les Organismes d'Assurance maladie et l'Organisme assureur), sauf opposition écrite lors de l'affiliation de votre part, ou le cas échéant, de la part de votre ayant droit;
- soit sur présentation à l'Organisme assureur, de l'original du décompte établi par les Organismes d'Assurance maladie, ou de l'original de la facture ou note d'honoraires acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance maladie ou si vous, ou le cas échéant, votre ayant droit, avez refusé la télétransmission.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à votre charge ou, le cas échéant, à celle de votre ayant droit. Lors de votre affiliation, vous-même ou, le cas échéant, votre ayant droit couvert à titre facultatif devez fournir les documents (nécessaires au versement des prestations) demandés par l'Organisme assureur sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

Ces pièces sont conservées par l'Organisme assureur qui est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

En application des articles L. 221-11 du Code de la mutualité, vous-même ou, le cas échéant, votre ayant droit, devez produire vos demandes de prestations dans un délai maximum de deux (2) années.

Ce délai commence à courir à compter :

- soit de la date du décompte envoyé par les Organismes d'Assurance maladie;
- soit de la date de la facture acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance maladie.

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, vous-même ou, le cas échéant, votre ayant droit devez envoyer à l'Organisme assureur le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le Contrat.

Quels sont les délais de paiement des prestations ?

À réception de la demande de remboursement, les prestations garanties sont servies dans le respect des critères qualité fixés par l'Organisme assureur au titre des règles de gestion :

- soit par échange NOEMIE;
- soit hors échange NOEMIE à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par l'Organisme assureur.

Les prestations sont versées :

- soit à vous-même directement ou, le cas échéant, à votre ayant droit;
- soit aux professionnels de santé si vous ou, le cas échéant, votre ayant droit avez fait usage du Tiers payant.

Qu'en est-il des frais supplémentaires ?

Lorsque le mode de versement des prestations retenu par vous-même ou, le cas échéant, par votre ayant droit impose à l'Organisme assureur le paiement de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Quelles sont les modalités de remboursement des soins effectués à l'étranger ?

Les garanties prévues par le Contrat ne sont acquises qu'aux Salariés, et, le cas échéant, leurs ayants droit, affiliés à un Organisme d'Assurance maladie français.

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

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

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

Informations pratiques

a. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par les articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Salarié, ou, le cas échéant, du fait de son ayant droit, que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit, contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, ou a été indemnisé par le salarié ou son ayant droit.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- une citation en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- un acte d'exécution forcée,
- et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Organisme assureur à l'Employeur et/ ou au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

b. Recours contre tiers

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions de l'assuré victime, contre les tiers responsables, conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité.

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Organisme assureur a exposés, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

c. Informatique et Libertés

Les informations vous concernant ou concernant, le cas échéant, vos ayants droit, sont destinées aux services de l'Organisme assureur aux éventuels co-assureurs, réassureurs, et partenaires, le cas échéant. Elles sont recueillies soit directement par les services de l'Organisme assureur ou par ceux du Gestionnaire. Ces informations sont traitées par l'Assureur et le Gestionnaire pour la passation, la gestion et l'exécution des garanties souscrites. Elles pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciales, sous réserve de votre consentement.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au Règlement européen relatif à la protection des données personnelles n°2016/679 (RGPD), du 27 avril 2016, les informations recueillies sont confidentielles. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les informations vous concernant.

Ce droit s'exerce sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Organisme assureur dont les coordonnées figurent sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

L'Organisme assureur est amenée à recueillir et traiter des informations nominatives pour le suivi et la gestion de la relation commerciale. Les informations nominatives collectées et traitées pour la gestion et le suivi de la relation commerciale avec l'Entreprise souscriptrice bénéficient des mêmes dispositions.

d. Réclamation et Médiation

Toute demande de réclamation pourra être adressée par l'Employeur, ou vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit, au siège de l'Organisme assureur.

Les réclamations concernant l'application du Contrat peuvent être adressées à l'Organisme assureur choisi par l'Employeur tel qu'il est déterminé aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin/Demande d'Adhésion.

En cas d'insatisfaction, les bénéficiaires du présent Contrat peuvent formuler une réclamation en écrivant au service de l'Organisme assureur dont les coordonnées figurent en annexe de la présente notice d'information. Dans tous les cas, ils recevront un accusé de réception sous dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la réception de leur réclamation sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, les bénéficiaires recevront une réponse au plus tard deux (2) mois après la réception de la réclamation.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur nommé par l'Organisme assureur.

Conformément au processus de médiation prévu au titre Ier du livre VI du code de la consommation : après épuisement de toute procédure interne de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un (1) an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur désigné par l'Organisme assureur, et dont les coordonnées figurent en annexe de la présente notice d'information.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois (3) mois après transmission du dossier complet au Médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir en justice.

La saisine du Médiateur suspend les délais de prescription de l'action en justice pendant la durée de la médiation.

e. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Annexe 1

Spécificités du Contrat

Assureurs ou Co-assureurs du contrat :

Contrat assuré par :

LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS, membre de l'UGM Umanens, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Réassuré par :

MUTUALIA ALLIANCE SANTÉ (MAS), SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex, membre de l'UGM Umanens, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Organisme Assureur d'affiliation du Salarié :

L'Organisme assureur d'affiliation est déterminé comme suit :

LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS, membre de l'UGM Umanens, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Cas spécifiques de couverture des ayants droit (conjoint/enfants) :

L'employeur met en œuvre une structure de cotisation Isolé/Famille :

- En cas d'affiliation d'un salarié célibataire, s'applique la cotisation « Isolé » :
- En cas d'affiliation par le salarié, de son conjoint et d'un ou plusieurs enfants, s'applique la cotisation « Famille ».

Le choix de l'éventuelle option facultative par le salarié, emporte également adhésion de ses ayants droit à l'option retenue, avec le règlement de la cotisation afférente (la cotisation est prélevée directement sur le compte bancaire du salarié, en début de mois)

Réclamation et Médiation

Toute demande de réclamation pourra être adressée par l'Employeur, le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, **au siège de l'Organisme assureur (à l'attention du Service Réclamation)** tel qu'il est déterminé ci-dessus.

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation, après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un (1) an après réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur:

- Soit en ligne par internet sur www.mutualite.fr ou par courriel à mediation@mutualite.fr ;
- Soit par voie postale à l'attention de : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu par le médiateur après réception du dossier complet. Si l'adhérent ou l'affilié n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

Annexe 2

Modalités d'application des garanties

Modalités d'application des garanties

Fonctionnement du forfait optique « verres et monture »

Le forfait optique « verres et monture » est une enveloppe forfaitaire exprimée en euros OU en % du PMSS (pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale). Il inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité.

La prise en charge du forfait optique « verres et monture » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de deux ans.

Par exception :

- Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, le bénéfice du forfait optique est réduit à un an pour les frais exposés dans l'acquisition d'un équipement.
- La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction, soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction ; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.
- Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et, ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait optique « verres et montures » peut couvrir une prise en charge de deux équipements (verres + monture) sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Cette période de 24 mois, réduite à 12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement. Il s'agit d'une période fixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

Le reliquat du forfait optique « verres et monture », non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante. L'affiliation à une garantie optionnelle ou un changement de formule optionnelle ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- Si le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit n'a pas entamé son forfait optique « verres et monture » avant ce changement de formule, il bénéficiera du montant du forfait nouvellement souscrit, à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule.
- En tout état de cause, une période de 2 ans déclenchée par un précédent achat n'est ni réduite ni annulée par la souscription d'une nouvelle option et continue à courir sur la nouvelle option jusqu'à l'arrivée à son terme.
- Les montants des forfaits « verres et monture » sont précisés au tableau des garanties présenté ci-après.

Articulation du remboursement des dépenses 100% santé avec le secteur libre (équipements libres, panier maîtrisé, panier libre) :

A compter du 1 janvier 2020, s'applique le dispositif 100% santé, pour l'Optique, le Dentaire et les Audioprothèses. Le dispositif prévoit la prise en charge à 100% de certaines prestations et équipements dès 2020 (étalement de la mesure jusqu'en 2021, pour certains équipements), sans reste à charge pour le Salarié et ses Ayants Droit couverts par le régime.

Les dépenses d'Optique, Dentaires et Audioprothèse, prises en charge dans le cadre du 100% santé viennent en déduction des forfaits de prise en charge du secteur libre (équipements) et du panier libre/ panier maîtrisé (poste dentaire : au-delà des plafonds du panier libre/maîtrisé, remboursements conformes au contrat responsable et dispositions spécifiques/légendes du tableau de garanties).

La prise en charge du forfait optique « verres et monture » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de deux ans, sauf en cas de modification de la vue ou pour les mineurs (délai ramené à 1 an).

Le renouvellement d'une aide auditive (audioprothèse) ne peut intervenir avant une période de 4 ans (48 mois) suivant la date de prescription de l'équipement acquis précédemment. Ce délai s'entend pour chaque oreille.

Tableau des garanties

Soins courants	Prestations y compris SS
Honoraires médicaux GENERALISTES - praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	400% BR
Honoraires médicaux GENERALISTES - praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Honoraires médicaux SPECIALISTES - praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	470% BR
Honoraires médicaux SPECIALISTES - praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Actes techniques médicaux - praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	400% BR
Actes techniques médicaux - praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner	
Actes d'imagerie et d'échographie - praticiens adhérant à l'OPTAM / OPTAM-CO	430% BR
Actes d'imagerie et d'échographie - praticiens n'adhérant pas à l'OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
Auxiliaires médicaux	400% BR
Analyses et examens de laboratoire	400% BR
Pharmacie remboursée SS	100% BR
Orthopédie, prothèses diverses (y/c accessoires) remboursés SS	20% PMSS / an / bénéficiaire
Transport remboursé SS	300% BR
Hospitalisation	
Honoraires médicaux et chirurgicaux - praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	430% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux - praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100% FR
Frais de séjour (hors établissements médico-sociaux)	430% BR
Forfait actes lourds	18 €
Chambre particulière ⁽²⁾	4% PMSS / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant - de 12 ans	2% PMSS / jour
Allocation naissance ou adoption	30% PMSS
Procréation médicalement assistée (centre agréé) non remboursée SS	8% PMSS / acte
Optique ⁽³⁾	
Equipements 100% santé (monture, verre et appairage/ adaptation)	PLV
Equipements à tarifs libres	
Monture	100 €
1 Verre simple	160 € / verre
1 Verre complexe	300 € / verre
1 Verre très complexe	350 € / verre
Lentilles remboursées ou non SS (y.c jetables)	20% PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	600 € / œil
Dentaire	
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé	HLF
Soins remboursés SS ne relevant pas du dispositif 100% santé	430% BR
Inlay onlay remboursé SS ne relevant pas du dispositif 100% santé	470% BR
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé	
- Prothèses remboursées SS (y/c inlay core)	430% BR
- Prothèses non remboursées SS	22% PMSS / an / bénéficiaire
Implants (maxi 3 actes / an / bénéficiaire)	13,2% PMSS / acte
Piliers implantaires (maxi 3 actes / an / bénéficiaire)	8,8% PMSS / acte
Orthodontie remboursée SS	600% BR
Orthodontie non remboursée SS	500% BR
Parodontologie non prise en charge par le RO	8,5% PMSS / an / bénéficiaire
Aides auditives (1 équipement tous les 4 ans)	
Equipements 100% santé	PLV
Equipements à tarifs libres	20% PMSS / équipement
Prévention	
Actes de prévention pris en charge par le RO	100% BR
Bien-être	
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, pédicure-podologue, psychothérapeute, nutritionniste, réflexologue, sophrologue, ergothérapeute, homéopathe, microkinésithérapeute	50 € / séance maxi 4 séances / an / bénéficiaire
Cure thermale remboursée SS	30% PMSS / an
Allocation obsèques (salarié et conjoint)	100% PMSS
Assistance	INCLUDE

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué (sauf prestations exprimées en euros).

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance Maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs des remboursements pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

(1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Limitée à 90 jours par an en médecine, 60 jours par an en soins de suite, 30 jours par an en psychiatrie

(3) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipement composé de 2 verres et une monture.

Limité à un équipement tous les 2 ans pour les adultes, pour les enfants en cas de changement de dioptrie le forfait est annuel.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée - **FR** : Frais Réels - **SS** : Sécurité Sociale - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée - **OPTAM-CO** / Option de Pratique Tarifaire Maitrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et Obstétrique - **PLV** : Prix Limite de Vente - **HLF** : Honoraires Limite de Facturation

Annexe 3

Les mots clé de la santé

A

Actes non remboursés par les Organismes d'Assurance Maladie

Actes inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) avec un taux de remboursement par la Sécurité sociale égal à « 0 % » ou un prix unitaire égal à « 0 euros », un qualificatif de la dépense renseigné avec « NR ».

Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)

Aide proposée par l'Assurance Maladie sous conditions de résidence et de ressources afin de faciliter l'acquisition d'un contrat complémentaire frais de santé en permettant à ses bénéficiaires de profiter d'une réduction sur le montant de la cotisation annuelle de leur contrat frais de santé.

Depuis le 1er juillet 2015, les organismes d'assurance pouvant proposer des couvertures frais de santé répondants aux caractéristiques ACS sont listés par un arrêté.

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie.

Assurance maladie

L'Assurance maladie constitue le premier niveau de remboursement des frais de santé. L'affiliation auprès de l'Assurance maladie est nécessaire pour bénéficier du régime complémentaire souscrit auprès de l'Organisme assureur.

B

Base de Remboursement (BR)

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature pour les Organismes d'Assurance Maladie.

Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

- tarif d'autorité : tarif utilisé par les organismes d'Assurance Maladie comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- tarif de responsabilité : base de remboursement de l'Organisme d'Assurance Maladie pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

Bénéficiaire

Personne couverte par le contrat.

C

Chambre particulière

Prestation proposée par les Établissements de santé, permettant au patient qui en fait la demande d'être hébergé en chambre individuelle à l'occasion d'une hospitalisation. La chambre particulière n'est jamais remboursée par les Organismes d'Assurance Maladie.

Chirurgie réfractive

Technique chirurgicale permettant de corriger les défauts visuels.

Contrat collectif

Contrat souscrit par une personne morale (entreprise, association, ...) au profit de ses salariés ou de ses membres et, le cas échéant, de leurs ayants droit, intervenant en complément des prestations versées par un Organisme d'Assurance Maladie.

Contrat individuel

Contrat à adhésion volontaire souscrit par une personne physique pour sa couverture personnelle et, le cas échéant, celle de ses ayants droit, intervenant en complément des prestations versées par un Organisme d'Assurance Maladie.

Contrat responsable

Contrat régi par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale garantissant le respect du parcours de soins coordonnés permettant de bénéficier d'une minoration de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance et ouvrant droit à des exonérations sociales et fiscales pour les entreprises et les salariés dans le cadre d'un contrat collectif complémentaire souscrit à titre obligatoire.

Contrat surcomplémentaire

Contrat supplémentaire venant s'ajouter au contrat complémentaire de manière autonome. Contrat destiné à compléter les garanties d'un premier contrat complémentaire sur certains postes de soins.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une couverture complémentaire gratuite. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou à l'hôpital sans dépenses à charge et sans avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.

D

Dépassement d'honoraires

Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et la Base de remboursement utilisée pour le calcul des prestations versées par les organismes d'Assurance Maladie.

Dépenses réelles

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé. Ce montant peut être remboursé totalement ou partiellement par les Organismes d'Assurance Maladie et par l'Organisme assureur complémentaire.

F

Forfait « 18 euros »

Participation forfaitaire de 18 euros mise à la charge de l'assuré social pour les actes dépassant un certain tarif fixé par les autorités publiques.

Ainsi, à titre indicatif, au 1er août 2015, cette participation s'applique :

- Aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, ou dans un Établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ;
- Aux frais d'une hospitalisation en Établissement de santé (hôpital, clinique), y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;
- Aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

Forfait journalier hospitalier

Montant forfaitaire à la charge de l'affilié en cas d'hospitalisation. Il correspond aux « frais hôteliers ».

Frais de séjour

Frais facturés par un Établissement de santé pour couvrir les coûts de séjour (médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, ...). En fonction du statut de l'Établissement, ces frais de séjour peuvent exclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Frais d'accompagnement

Frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (exemple : parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par les Organismes d'Assurance Maladie.

Frais réels

Le remboursement de certaines prestations peut se faire sur les frais réels. Cela signifie que le taux de remboursement sera calculé sur la base des dépenses réelles engagées par l'affilié.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'Organisme d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de :

- 0,50 euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 0,50 euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

La franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence.

La franchise est plafonnée à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, 4 euros par jour pour les transports sanitaires et 50 euros par an, au total.

Forclusion

Extinction d'un droit en raison du dépassement de l'échéance du délai qui était imparti pour en bénéficier.

Forfait euros

Le remboursement effectué par l'Organisme assureur peut être exprimé sous la forme d'un montant en euros.

H

Hospitalisation

Séjour dans un Établissement de santé en vue de la prise en charge médicale d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

I

Imagerie médicale - Radiologie

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, IRM, endoscopie, scanner, laser, ...

Implantologie

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse. L'implantologie n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance Maladie.

Inlays et Onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne.

M

Maladie

Altération de la santé ou des fonctions constatée par un médecin.

Maternité

Etat dans lequel se trouve la femme durant les périodes de grossesse non pathologique, de l'accouchement et de ses suites. La grossesse ne constitue pas une maladie.

Médecin traitant

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, tous les assurés sociaux de 16 ans et plus doivent déclarer un médecin traitant. Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre peut être désigné en qualité de médecin traitant.

Le médecin traitant coordonne les soins et oriente l'assuré social dans le parcours de soins coordonnés, en le dirigeant si nécessaire vers les professionnels de santé adaptés à ses besoins.

Toutefois, l'affilié social pourra consulter certains médecins spécialistes sans passer par son médecin traitant :

- Gynécologue ;
- Ophtalmologue ;
- Psychiatre ou neuropsychiatre ;
- Stomatologue.

N

Nomenclature

Notion désignant l'ensemble des référentiels codifiant les actes médicaux reconnus par les Organismes d'Assurance Maladie et fixant leur base de remboursement par elle-même et notamment :

- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- la Liste des produits et des prestations remboursables (LPPR ou LPP).

O

OPTAM / OPTAM-CO

Depuis le 1er janvier 2017, l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) a succédé au Contrat d'Accès aux Soins.

Une nouvelle option spécifique est également ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique, avec une valorisation directe à l'acte (OPTAM-CO).

Organismes d'Assurance Maladie

Régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Organisme Assureur Complémentaire

Organisme prenant en charge un ou des contrats assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour un individu donné ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations versées par les Organismes d'Assurance Maladie.

P

Parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés est défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le régime obligatoire et de non-remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par l'Organisme assureur.

Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 1 euro est demandée aux assurés sociaux de plus de 18 ans.

Cette participation forfaitaire s'applique pour toutes les consultations et tous les actes réalisés par un médecin ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Cette participation forfaitaire est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- Des enfants de moins de 18 ans ;
- Des femmes enceintes à compter du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après la date de l'accouchement ;
- Des Bénéficiaires de la Couverture médicale universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME).

R

Régime de base

Régime obligatoire intervenant en premier niveau de remboursement, couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'affilié après remboursement des Organismes d'Assurance Maladie et des Organismes assureurs complémentaires.

T

Ticket modérateur

Dans le parcours de soins, différence entre la Base de remboursement et le montant remboursé par l'Organisme d'Assurance Maladie. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le régime obligatoire, de la majoration de la participation de l'assuré lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket modérateur.

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'affilié de faire l'avance des frais de santé, dont la prise en charge est directement assurée par l'Organisme d'Assurance Maladie et l'Organisme Assureur complémentaire