



RENFORT UMANENS
SURCOMPLEMENTAIRE
Conditions Générales

www.umanens.fr



MUTUAconseil
La protection sociale à dimension humaine

umanens
L'humain a du sens

SOMMAIRE

Préambule.....	3
Chapitre 1 - Dispositions Générales.....	4
Article 1 - Objet du Contrat.....	4
Article 2 - Nature des garanties.....	4
Article 3 - Intervenants au Contrat.....	4
Article 4 - Prescription.....	5
Article 5 – Subrogation.....	5
Article 6 - Recours contre tiers.....	5
Article 7 - Autorité de contrôle.....	6
Article 8 - Informatique et Libertés.....	6
Article 9 - Réclamation et Médiation.....	6
Chapitre 2 – Exécution du contrat.....	7
Article 10 - Présentation du Contrat.....	7
Article 11 - Adhésion au Contrat.....	7
Article 12 - Vie du Contrat.....	8
Chapitre 3 - Affiliation au Contrat.....	9
Article 13 - Affiliation aux garanties.....	9
Article 14 - Affiliation aux garanties Bien être / Bien être +.....	9
Chapitre 4 - Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties.....	13
Article 15 - Date d'entrée en vigueur des garanties.....	13
Article 16 - Cessation de l'affiliation.....	13
Article 17 – Suspension des garanties.....	14
Article 18 - Maintien des garanties.....	14
Article 19 - Suspension du contrat d'aide au travail.....	15
Chapitre 5 - Obligations des parties.....	15
Article 20 - Obligations de l'Organisme assureur.....	15
Article 21 - Obligations de l'Employeur.....	16
Article 22 - Obligations du salarié.....	16
Chapitre 6 - Cotisations.....	17
Article 23 - Taux et montant des cotisations.....	17
Article 24 - Modalités de règlement des cotisations.....	17
Article 25 - Non-règlement des cotisations.....	18
Chapitre 7 - Garanties.....	18
Article 26 – Détermination des garanties.....	18
Article 27 – Services associés.....	19
Article 28 – Soins effectuer à l'étranger.....	19
Article 29 – Modalités de calcul des prestations.....	19
Article 30 - Modalités de règlement des prestations.....	20
Annexes.....	21
Annexe 1 - Garanties.....	22
Annexe 2 - Les mots clé de la santé.....	24

PRÉAMBULE

Umanens a élaboré un Régime surcomplémentaire facultatif « **Renfort Umanens** ». Il permet aux salariés protégés par Umanens (régime complémentaire santé Umanens) de compléter leurs garanties en allant au-delà des limitations du régime obligatoire mis en place par votre structure, et du contrat responsable. Ce régime surcomplémentaire est intégralement à la charge du salarié (sans aucune contribution financière pour vous employeur). Les remboursements de la surcomplémentaire Renfort Umanens viennent se rajouter aux remboursements du régime complémentaire Umanens et du régime de base de la Sécurité sociale.

Les présentes Conditions Générales précisent les modalités du **régime Frais de santé surcomplémentaire non-responsable facultatif** souscrit auprès d'Umanens.

Nota Bene : La surcomplémentaire Renfort Umanens ne peut être souscrit par les structures ayant mis en place le régime complémentaire santé « CCN du Caoutchouc », ou le régime « PME du Caoutchouc et de la Plasturgie » (dotés d'une surcomplémentaire santé spécifique).

Organisme assureur :

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.

Organisme Gestionnaire :

L'organisme assureur ou son Délégué de Gestion, figurant sur le Bulletin/Demande d'Adhésion et/ou les Conditions Particulières.

CHAPITRE 1

Dispositions Générales

Article 1 - Objet du Contrat

Les présentes Conditions Générales forment, avec les Conditions Particulières, le Certificat d'Adhésion ou le Bulletin d'Adhésion qui s'y rapportent, le Contrat collectif à adhésion **facultative, sans participation financière de l'employeur**. Ce contrat non responsable présente des garanties à adhésion facultative mise en place de façon facultative par l'Employeur, mise en œuvre en complément d'un régime obligatoire. Ce contrat collectif non responsable à adhésion facultative est souscrit par l'employeur dans le but de mettre en place une couverture Frais de santé surcomplémentaire au bénéfice de ses salariés.

Ce contrat collectif est régi par les dispositions :

- du Code de la mutualité et notamment son Livre II ;
- du Code de la Sécurité sociale ;
- de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques »

Article 2 - Nature des garanties

Le présent contrat collectif facultatif 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 supplément du régime complémentaire Umanens, souscrit par votre structure et des prestations versées par les Organismes d'Assurance maladie obligatoires.

Article 3 - Intervenants au Contrat

L'Employeur :

- La personne morale signataire du Bulletin/Demande d'Adhésion liée aux présentes Conditions Générales.

Les Bénéficiaires :

Les salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise au moment de l'adhésion de l'Employeur et correspondant à la catégorie visée aux Conditions Particulières, affiliés à un Organisme d'Assurance maladie, ainsi que les salariés embauchés postérieurement et dûment affiliés au présent Contrat dans les conditions prévues par les présentes Conditions Générales ;

L'Organisme assureur :

Les organismes co-Assureurs entre eux dans le cadre de l'Union de Groupe Mutualiste UMANENS, ou l'un des organismes assureurs de l'Union : voir en annexe.

L'Organisme Gestionnaire :

L'organisme assureur ou son Délégué de Gestion, figurant sur le Bulletin/Demande d'Adhésion et/ou les Conditions Particulières.

Article 4 – 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 (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par l'article L. 221-11 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la Mutuelle 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 Bénéficiaire 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 Bénéficiaire, 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 (notamment une citation en justice y compris en référé, un acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Organisme assureur à l'Employeur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et au Salarié ou, le cas échéant, à ses ayants droit en ce

qui concerne l'action en paiement de la cotisation liée aux garanties souscrites à titre facultatif (couverture des ayants droit et/ou souscription des garanties optionnelles).

Également l'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Salarié ou par ses ayants droit à l'Organisme Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article 5 – Subrogation

En application de l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Organisme Assureur est subrogée, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du Bénéficiaire victime d'un accident, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Le Gestionnaire se charge de ces recours contre tiers ; toutefois, les actions judiciaires restent de la compétence de l'Organisme assureur.

Article 7 – Autorité de contrôle

« L'autorité chargée du contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège social est situé au 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 9 »

Article 8 – Information et Liberté

« Les informations nominatives concernant le salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit sont recueillies et traitées par l'Organisme Assureur pour la passation, la gestion et l'exécution des garanties souscrites. Ces informations sont destinées à l'Organisme Assureur, aux éventuels délégataires de gestion, co-assureurs, réassureurs, et partenaires, le cas échéant. Elles pourront notamment être utilisées à des fins de prospection commerciales avec l'accord de ses membres participants.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés modifiée du 6 janvier 1978 et au Règlement européen relatif à la protection des données personnelles n°2016/679, du 27 avril 2016, les informations recueillies sont confidentielles.

Chaque adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les informations le concernant.

Ce droit s'exerce sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Organisme Assureur ou de l'Organisme Gestionnaire dont les coordonnées figurent sur le Bulletin Individuel d'Affiliation et sur le Bulletin/Demande d'Adhésion.

L'Organisme Assureur est amené 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 adhérente bénéficient des mêmes dispositions. »

Article 9 – Réclamation et Médiation

« Toute demande de réclamation pourra être adressée par l'Employeur, le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, au service réclamations de l'Organisme assureur ou de l'Organisme Gestionnaire.

Les réclamations concernant l'application du Contrat peuvent être adressées à l'Organisme assureur 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 réclamations de l'Organisme assureur, dont les coordonnées figurent en annexe de présentes Conditions Générales. Dans tous les cas, il recevra un accusé de réception sous dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la réception de sa réclamation sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, le bénéficiaire recevra 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 (voir en annexe).

Conformément au processus de médiation prévu au titre VI du livre I du Code de la consommation : après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur désigné par l'Organisme assureur, et dont les coordonnées figurent en annexe des présentes Conditions Générales.

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

Si l'adhérent 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.

CHAPITRE 2

Exécution du Contrat

Article 10 – Présentation du contrat

L'Employeur met en place de manière facultative la garantie la protection surcomplémentaire au choix du salarié figurant en annexe aux présentes conditions générales.

Le salarié a la possibilité de bénéficier des garanties mises en place par le présent Contrat facultatif en complément du régime complémentaire Umanens mis en place à titre obligatoire.

Les ayants droit du salarié peuvent également être couverts par le présent Contrat. Les ayants droit couverts par le salarié au titre du contrat surcomplémentaire sont identiques aux ayants droit couverts au titre du contrat complémentaire.

Article 11 – Adhésion au Contrat

Peuvent adhérer au présent Contrat les entreprises adhérentes à Umanens, à l'exception des entreprises ayant souscrit au régime frais de santé **CCN de l'Industrie du Caoutchouc (IDCC 45) ou PME du Caoutchouc et de la Plasturgie (IDCC 45 & 292)**.

L'adhésion au présent Contrat est formalisée par la signature au moyen des Conditions Particulières, du Certificat d'Adhésion ou du Bulletin d'Adhésion par l'Organisme Assureur.

Article 12 – Vie du Contrat

Article 12.1 - Date d'effet du Contrat

Le présent Contrat prend effet, pour l'entreprise adhérente, à la date fixée aux Conditions particulières, sous réserve de la réception du bulletin d'adhésion dûment rempli et signé par l'entreprise adhérente.

Article 12.2 - Durée du Contrat

Le Contrat est conclu pour une année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il est ensuite reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties au présent Contrat selon les modalités prévues à l'article 12.3 des présentes Conditions générales.

Article 12.3 - Résiliation du Contrat

Le présent Contrat peut être résilié :

- à la demande de l'entreprise adhérente, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception envoyé à l'Organisme Assureur, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois précédant l'échéance annuelle de son renouvellement, soit avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- à la demande de l'Organisme Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux (2) mois précédant l'échéance annuelle de son renouvellement, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, notamment en cas de non-acceptation par l'Employeur adhérent de la révision annuelle des cotisations et/ou des prestations ;
- à tout moment par l'Organisme Assureur, en cas de défaut de paiement des cotisations par l'Employeur adhérent, à l'issue de la procédure de résiliation, selon les modalités prévues à l'article 25 des présentes Conditions générales.

En cas de résiliation du présent Contrat, seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur le décompte du Régime de base est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles en vigueur à la date de résiliation du présent Contrat.

Article 12.4 – Cessation du Contrat

Le présent Contrat cesse en cas de :

- cessation d'activité de l'Établissement ou liquidation judiciaire ;
- changement d'activité faisant entrer l'entreprise du champ d'application de la CCN PME du caoutchouc et de la plasturgie, sous réserve des dispositions prévues par l'article L. 2261-14 du Code du travail ;
- résiliation du présent Contrat par l'Employeur ou l'Organisme assureur pouvant avoir lieu, notamment :
 - au terme de chaque exercice, à l'initiative de l'Entreprise ou de l'Organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception ou envoi recommandé électronique envoyé à l'autre partie, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois précédant l'échéance annuelle de son renouvellement, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, dans les conditions prévues par l'article L. 221-10 du Code de la mutualité.
 - au terme de la procédure de non-règlement des cotisations telle qu'elle est prévue aux articles L.221-7 et L.221-8 du code de la mutualité.

En cas de cessation du Contrat, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, perdent le bénéfice des garanties prévues par celui-ci. Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur le décompte de l'Organisme d'Assurance maladie est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge.

CHAPITRE 3

Affiliation au contrat

Article 13 - Affiliation aux garanties

Article 13.1 - Modalités d'affiliation

Le présent Contrat couvre l'ensemble les salariés de manière facultative.

Seuls les salariés bénéficiant du contrat complémentaire obligatoire mis en place par l'Employeur ouvrent droit au présent contrat surcomplémentaire.

L'affiliation des salariés est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

Les salariés peuvent couvrir, dans le cadre du présent régime facultatif, leurs ayants droit, tels qu'ils sont déterminés ci-après, au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

Les ayants droit couverts par le salarié dans le cadre du contrat surcomplémentaire facultatif non-responsable sont les mêmes que ceux couverts dans le cadre du contrat complémentaire.

Les ayants droit bénéficient obligatoirement des mêmes garanties que celles dont bénéficie le salarié.

• Définition des ayants droit

On entend par ayant droit :

- Le conjoint, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou le concubin ;
- Les enfants du salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, jusqu'à 28 ans non révolus, sous réserve, à compter de leurs 18 ans, de fournir un justificatif chaque année :
 - Certificat de scolarité ou copie de la carte étudiante,
 - Copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - Copie de l'inscription Pôle Emploi en qualité de primo demandeur d'emploi non indemnisé ou stagiaire de la formation professionnelle,
 - Attestation pour adulte handicapé.
- Les enfants du salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, s'ils sont invalides, sous réserve de fournir la copie de la carte d'invalidité ;
- Les ascendants du salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, à charge fiscalement.

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 du Gestionnaire.

Article 13 .2 Organisme Assureur d'affiliation du Salarié

L'Organisme assureur référent est déterminé selon les règles définies entre les assureurs membres de l'Union de Groupe Mutualiste Umanens, il est précisé en annexe.

Article 13.3 - Modalités d'affiliation du Salarié et de ses ayants droit

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation au contrat complémentaire, si la demande se fait simultanément ;
- à la date de réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement ;
- pour ses ayants droit, à la même date que vous lorsque leur affiliation se fait simultanément à la vôtre, à la date de réception du bulletin d'affiliation lorsque leur affiliation se fait ultérieurement, à la date de survenance de l'événement (mariage, naissance ou adoption d'un enfant, ...) dûment déclaré au Gestionnaire.

Nota bene :

- ▶ Le bénéficiaire des garanties **hospitalisation, soins courants, pharmacie, prévention et médecine douce prend effet, pour le salarié et le cas échéant pour ses ayants droits, à compter du 1er jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation. Le bénéfice des autres garanties prend effet dans un délai de 3 mois suivant d'affiliation au contrat surcomplémentaire Renfort Umanens (date à date).**

L'affiliation au présent contrat surcomplémentaire, pour lui-même et ses ayants droit, engage le salarié pour une durée minimale d'une (1) année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

Le salarié peut dénoncer chaque année l'affiliation de l'un ou de ses ayants droit sur demande écrite (lettre simple ; courriel) adressée au Gestionnaire, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1er janvier de l'année suivante.

Cessation de l'affiliation de l'ayant droit

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

La résiliation de la couverture de l'ayant droit sur le contrat complémentaire obligatoire entraînera de fait la résiliation de sa couverture sur le contrat surcomplémentaire facultatif.

En tout état de cause, l'affiliation de l'ayant droit cesse à la date à laquelle il ne correspond plus à la définition posée ci-avant.

Article 14 - Modification et dénonciation des garanties

Article 14.1 - Modification des garanties

Lorsque l'Employeur a adhéré aux garanties Umanens dans le cadre d'un contrat complémentaire obligatoire, le salarié a la possibilité de souscrire, au choix, la garantie « RENFORT » en qualité de garantie surcomplémentaire facultative.

Dans ce cas, le salarié pourra modifier chaque année le niveau de garantie choisi pour lui et ses ayants droit, à la hausse ou à la baisse, sous réserve d'en faire la demande par écrit (lettre simple ; courriel) auprès du Gestionnaire, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La modification prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Toute modification des garanties, à la hausse ou à la baisse, engage le salarié pour une période de deux (2) ans. Durant cette période, il ne pourra pas changer de niveau d'option, sauf en cas d'évolution de sa situation familiale.

Constitue une évolution familiale telle que visée ci-avant :

- Divorce, rupture du PACS, séparation de corps ;
- Décès d'un ayant droit.

La demande doit être faite dans les trois (3) mois qui suivent l'évolution familiale susvisée.

Toutefois, il lui sera toujours possible de dénoncer annuellement la garantie facultative souscrite dans les conditions prévues à l'article 14.2 des présentes Conditions générales.

Article 14.2 - Dénonciation

Le salarié peut dénoncer chaque année la garantie facultative souscrite, par demande écrite ou envoi recommandé électronique adressé au Gestionnaire, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, et dont les coordonnées sont mentionnées en annexe des présentes Conditions Générales.

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

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

DROIT DE RENONCIATION AUX GARANTIES FACULTATIVES 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 14 jours calendaires révolus. 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, datée et signée, puis envoyée à l'adresse suivante :

□ 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* ».

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie facultative est annulée à compter de la réception de la demande. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'affiliation à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.

En cas de renonciation, 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. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires. Le gestionnaire restitue le solde de la cotisation versée dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus, à compter de la réception de la lettre de renonciation.

CHAPITRE 4

Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties

Article 15 - Date d'entrée en vigueur des garanties

Les garanties du présent Contrat prennent effet pour le salarié et, le cas échéant, pour ses ayants droit, à la date de prise d'effet de leur affiliation telle que prévue à l'article 13 des présentes Conditions générales.

Article 16 – Cessation de l'affiliation

L'affiliation au présent Contrat cesse :

- à la date de liquidation de la pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse par le Salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur,
- à la date de rupture du contrat de travail du Salarié (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 les présentes Conditions Générales;
- à la date du décès du Salarié ;

- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée à l'article 13.1 des présentes Conditions Générales, et en tout état de cause à la même date que le salarié ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du présent Contrat par l'Organisme assureur ou par l'Employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du Salarié et, à la même date, la cessation de l'affiliation de ses éventuels ayants droit ainsi que la cessation des garanties optionnelles éventuellement souscrites par le Salarié.

En cas de cessation de l'affiliation du Salarié due à la cessation de son contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, l'Employeur est tenu d'en informer l'Organisme Gestionnaire.

Article 17 – Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la suspension des garanties selon les dispositions prévues à l'article 25 des présentes Conditions générales.

Article 18 – Maintien des garanties

Article 18.1 - Maintien temporaire des garanties au titre de l'article L.911-8 du Code de Sécurité Sociale pour les anciens Salariés ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (« portabilité »)

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les Salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit (sous réserve d'être affilié au Contrat à la date de rupture du contrat de travail du Salarié), bénéficient du maintien temporaire à titre gratuit de la couverture prévue par le présent Contrat en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- maintien de garanties applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du 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 même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

- maintien de garanties subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts par le Salarié auprès du dernier Employeur ;
- maintien des mêmes garanties que celles en vigueur dans l'entreprise ;
- maintien de garanties subordonné à la justification par l'ancien Salarié auprès de l'Organisme Gestionnaire, de sa prise en charge par l'assurance chômage, selon les modalités prévues par ledit Organisme Gestionnaire.

L'employeur est tenu de signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et devra informer l'Organisme Gestionnaire de la cessation du contrat de travail du Salarié.

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation. Son coût, fixé en pourcentage de la cotisation globale, est compris dans le taux de cotisation fixé aux Conditions Particulières.

Par conséquent, aucune contrepartie de cotisation ne sera demandée à l'ancien Salarié bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions :

- aux ayants droit du Salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture du socle obligatoire à la date de la cessation du contrat de travail, ainsi qu'aux enfants du Salarié nés pendant la période de portabilité ou enfant se voyant reconnaître le statut d'handicapé avant leur 21ème anniversaire ;
- aux ayants droit du Salarié qui bénéficient effectivement de l'une des couvertures facultatives, à la date de cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des évènements suivants :

- au terme de la durée maximale du maintien ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs requis à l'Organisme gestionnaire;
- à la date de résiliation du présent contrat.

En tout état de cause, les salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de leurs droits, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Évin du 31 décembre 1989.

En cas de résiliation du présent contrat, l'Employeur organise la reprise des portabilités en cours auprès du nouvel assureur.

Article 19 – Suspension du contrat de travail

En cas de suspension (indemnisée ou non) du contrat de travail, les salariés peuvent continuer à bénéficier du régime surcomplémentaire Frais de santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail, **sous réserve de continuer à bénéficier du contrat complémentaire mis en place**

par l'Employeur et de régler les cotisations afférentes à la couverture surcomplémentaire directement auprès du Gestionnaire.

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

CHAPITRE 5

Obligations des parties

Article 20 - Obligations de l'Organisme assureur

Article 20.1 – Établissement de la Notice d'information

Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité et à l'article 12 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », l'Organisme assureur s'engage à établir une Notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Cette Notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription pour agir.

La Notice d'information est établie puis remise par l'Organisme assureur à l'Employeur qui est tenu de remettre un exemplaire de à chaque Salarié affilié appartenant à la catégorie visée aux Conditions particulières.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Bénéficiaires, l'Entreprise adhérente est également tenue d'en informer les Salariés affiliés et de leur remettre une Notice d'information dûment actualisée ou un additif établi à cet effet par l'Organisme assureur.

La preuve de la remise de la Notice d'information au Salarié affilié et des informations relatives aux modifications apportées au présent Contrat incombe à l'Entreprise adhérente.

Article 20.2 – Communication du rapport prestations sur cotisations et des frais de gestion

En application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique annuellement, à l'Entreprise adhérente :

- le rapport entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties,
- le montant et la composition des frais de gestion affectés à ces mêmes garanties,

Article 21 - Obligations de l'Employeur

Article 21.1 - Remise de la Notice d'information aux Salariés

L'Employeur est tenu de remettre un exemplaire de la Notice d'information établie par l'Organisme assureur à chaque Salarié affilié au présent Contrat et de conserver la preuve de cette remise.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Salariés et qu'une nouvelle Notice d'information ou un additif est établi par l'Organisme assureur, l'Employeur est également tenu d'en informer les Salariés affiliés et de leur remettre ladite Notice d'information actualisée.

L'Employeur est seul responsable à l'égard du Salarié en l'absence de remise de la Notice d'information.

Article 21.2 - Mise à jour des effectifs

L'Employeur communique à l'Organisme Gestionnaire les entrées et sorties de personnel au sein des effectifs ainsi que les dates y afférant, selon la périodicité retenue par l'Organisme assureur afin de lui permettre notamment de répondre à ses obligations légales.

Pour les sorties d'effectifs, l'employeur devra également renseigner le motif de départ.

Article 22 – Obligations du salarié

En cas de modification de sa situation ayant des conséquences sur son affiliation au régime complémentaire souscrit de manière obligatoire par l'Employeur ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), le Salarié est tenu de s'adresser directement auprès de l'Organisme Gestionnaire.

CHAPITRE 6

Cotisations

Article 23 - Taux et montant des cotisations

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations exprimées en euro.

Le montant de la cotisation est indiqué aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin d'Adhésion.

Au-delà de cette date, les Parties piloteront les éventuelles évolutions ultérieures en fonction notamment de l'équilibre technique du régime afin d'assurer sa pérennité.

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 présent Contrat, les Parties au Contrat se rencontreront pour y apporter les modifications nécessaires à sa mise en conformité. Ces modifications impacteront le présent Contrat selon les modalités prévues par l'article 12.4 des présentes Conditions Générales.

Article 24 - Modalités de règlement des cotisations

Article 24.1 - Garanties souscrites par l'Établissement

La cotisation servant au financement des garanties facultatives souscrites par le salarié pour lui-même et ses éventuels ayants droit est entièrement à sa charge, en contrepartie :

- d'une cotisation « ADULTE » pour le salarié et le conjoint du salarié tel que défini à l'article 13.1 des présentes Conditions générales ;
- d'une cotisation « ENFANT » pour les enfants tels que définis à l'article 13.1 des présentes Conditions générales (cotisation additionnelle facultative par enfant) ;
- la cotisation « ASCENDANT » correspond à la cotisation pratiquée pour le « ADULTE ».

Les cotisations sont directement prélevées sur le compte bancaire du salarié, mensuellement. Toute demande d'affiliation en cours de mois donnera lieu au paiement d'un montant de cotisation proratisé correspondant au nombre de jours restant à couvrir au titre du mois entamé. L'affiliation peut néanmoins être sollicitée pour le 1^{er} du mois suivant. La cotisation correspondante sera alors due à compter de cette date.

Article 25 - Non-règlement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au membre participant, en application de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est 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 son exclusion des garanties définies au contrat collectif facultatif.

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

CHAPITRE 7

Garanties

Article 26 – Détermination des garanties

Le détail de ces prestations est présenté en annexe aux présentes Conditions Générales.

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le présent Contrat sera mis en conformité avec les nouvelles dispositions, par accord entre les Parties et sous la réserve de la signature d'un avenant (ou lettre-avenant) et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation.

Article 27 - Services associés

Le présent Contrat met à la disposition du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit, les services prévus ci-dessous :

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

D'autres services associés au présent Contrat pourront être mis en place.

Article 28 – Soins effectués à l'étranger

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

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

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

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

Article 29 - Modalités de calcul des prestations

Article 29.1 - Montants retenus

- Prestations exprimées en pourcentage de la Base de remboursement (« BR »)
La base de remboursement constitue le tarif de référence utilisé par les Organismes d'Assurance maladie pour calculer le taux de remboursement du régime de base.
La base de remboursement applicable est celle en vigueur à la date de survenance de l'événement.
- Prestations exprimées en frais réels (« FR »)

Le montant de remboursement correspond à l'entière somme demandée au Bénéficiaire au titre de la prestation concernée.

- Prestations exprimées en forfait euros (« € »)

Le montant de remboursement peut être exprimé en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

- Prestations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (« PMSS »)

La base de calcul du remboursement est constituée de la somme de référence constituant le Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur.

Article 29.2 - Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, le montant des prestations est calculé 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.

Article 29.3 - Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre Organisme assureur

Le salarié ou son ayant droit bénéficiant par ailleurs d'une couverture frais de santé a la possibilité de faire intervenir l'organisme assureur de son choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

La contribution de chacun d'eux 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, il devra produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenant en premier niveau de remboursement complémentaire.

Article 29.4 - 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 la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 30 - Modalités de règlement des prestations

Article 30.1 - Formalités de règlement des prestations

Les prestations sont traitées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission entre les Organismes d'Assurance maladie et le Gestionnaire), sauf opposition écrite lors de l'affiliation de la part du bénéficiaire;
- soit sur présentation, au Gestionnaire, 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 le bénéficiaire a refusé la télétransmission.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

Lors de son affiliation, le bénéficiaire doit avoir fourni les documents et justificatifs nécessaires au versement des prestations. Le Gestionnaire est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, comme le prévoit l'article 29.3 des présentes Conditions générales, le bénéficiaire devra envoyer au Gestionnaire le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le présent Contrat.

En application de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, le bénéficiaire produit ses 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, comme le prévoit l'article 29.3 des présentes Conditions générales, le bénéficiaire devra envoyer au Gestionnaire le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le présent Contrat.

Article 30.2 - Délais de paiement des prestations

A réception de la demande de remboursement, les prestations garanties sont servies dans le respect des critères qualité fixés 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 le Gestionnaire.

Les prestations sont versées:

- soit directement au bénéficiaire par virement sur son compte bancaire;
- soit aux professionnels de santé si le bénéficiaire a fait usage du Tiers payant.

Article 30.3 - Frais supplémentaires

Lorsque le mode de versement des prestations choisi par le bénéficiaire impose au Gestionnaire le paiement de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

ANNEXES

Annexe I : 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.

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 obligatoire des ayants droit (conjoint/enfants) :

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, selon sa mutuelle de rattachement :

- ▶ Rattachement à **Identités Mutuelle** ou **La Mutuelle Familiale** :
 - 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.

- ▶ Rattachement à une mutuelle **Mutualia** :
 - soit en ligne par internet sur www.medicys.fr ;
 - soit par voie postale à l'attention de : MEDICYS – Centre de médiation et règlement amiable des huissiers de justice – 73 Boulevard de Clichy, 75009 – Paris.

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 : Garanties

VOTRE GRILLE DE GARANTIES :

 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE*	Renfort Umanens 1	Renfort Umanens 2	Renfort Umanens 3	Renfort Umanens 4
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux OPTAM/OPTAM-CO	+ 40% BR	+ 70% BR	+ 100% BR	+ 100% BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	+ 100% BR	+ 100% BR	+ 100% BR	+ 100% BR
Chambre particulière (limitée à 90 jours en MCO et 30 Jours en Psychiatrie)	+ 20€ / jour	+ 30€ / jour	+ 40€ / jour	+ 40€ / jour
Frais de séjour	+ 50% BR	+ 75% BR	+ 150% BR	+ 200% BR
Transport	+ 50% BR	+ 75% BR	+ 150% BR	+ 200% BR
Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans	+ 20€/J	+ 30€/J	+ 40€/J	+ 40€/J
 PHARMACIE				
Médicaments, vaccins ou homéopathie prescrits par un médecin, non remboursés par la S.S	+ 80€ / an	+ 80€ / an	+ 100€ / an	+ 100€ / an
 SOINS COURANTS				
Consultations et visites de généralistes OPTAM/OPTAM-CO	+ 40% BR	+ 70% BR	+ 80% BR	+ 100% BR
Consultations et visites de spécialistes et neuropsychiatres Hors OPTAM/OPTAM-CO	+ 70% BR	+ 100% BR	+ 150% BR	+ 225% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	+ 20% BR	+ 30% BR	+ 40% BR	+ 50% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	+ 80% BR	+ 80% BR	+ 120% BR	+ 150% BR
Analyses médicales et travaux de laboratoire	+ 100% BR	+ 120% BR	+ 150% BR	+ 150% BR
Imagerie médicale	+ 20% BR	+ 35% BR	+ 80% BR	+ 100% BR
 OPTIQUE				
Forfait supplémentaire adulte verres ou lentilles prescrit et remboursé par le RO (Forfait 2 verres, ou lentilles, tous les 2 ans*)	+ 80 €	+ 100 €	+ 160 €	+ 160 €
Forfait supplémentaire enfant verres ou lentilles prescrit et remboursé par le RO (Forfait 2 verres, ou lentilles, tous les 2 ans*)	+ 60 €	+ 80 €	+ 120 €	+ 120 €
Chirurgie réfractive (par oeil/bénéficiaire/an)	+ 100€	+ 100€	+ 200€	+ 250€
 DENTAIRE				
Prothèses dentaires (Dents du sourire) remboursées par le RO	+ 80% BR	+ 120% BR	+ 120% BR	+ 160% BR
Prothèses dentaires (Dents du fonds) remboursées par le RO	+ 40% BR	+ 60% BR	+ 80% BR	+ 80% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	+ 40% BR	+ 60% BR	+ 80% BR	+ 80% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO, implantologie, Parandotologie (Limité à 3 forfaits/par an/bénéficiaire)	+ 100€	+ 150€	+ 200€	+ 200€
 APPAREILLAGE				
Grand appareillage (Forfait annuel)	+ 200€	+ 200€	+ 300€	+ 400€
Prothèse auditives (Forfait tous les 4 ans)	+ 200€	+ 200€	+ 300€	+ 400€
 PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES				
Forfait bandellettes d'autosurveillance glycémique (Forfait annuel)	+ 40 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 80 €
Contraception non remboursée (pillules) sur prescription médicale (Forfait annuel)	+ 40 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 80 €

Les remboursements sont plafonnés au maximum à hauteur de la dépense engagée. (*) Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 équipement tous les ans). ⁽¹⁾ Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. ⁽²⁾ Verres simple foyer, dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. ⁽³⁾ Verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. **BR** : Base de remboursement de la Séc. Soc. **BRR** : Base de remboursement reconstituée. - **FR** : Frais réels - **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - **PMS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - **S.S.** : Sécurité sociale.

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.

