



RENFORT UMANENS
SURCOMPLEMENTAIRE
Notice d'Information

www.umanens.fr

SOMMAIRE

Préambule	4
Objet du contrat.....	5
Bénéficiaires du contrat	5
L'affiliation au contrat et ses modalités.....	6
Maintien des garanties.....	11
Cotisations.....	12
Garanties	13
Les remboursements	14
Informations pratiques	16
Annexes	19
Annexes 1 – Modalités d'application des garanties et tableaux de garanties	19
Annexes 2 – Justificatifs à fournir lors de votre affiliation	23
Annexes 3 – Les mots clé de la santé	24

Attestation de remise de la Notice d'information

Cette attestation est à compléter et à signer par le salarié puis à remettre à son Employeur. Elle doit être conservée par l'Employeur sans limite de durée et être remplacée 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 surcomplémentaire « Renfort UMANENS », souscrit par mon Employeur.

Réservé au salarié

Fait à :

Le :

Signature du salarié



PREAMBULE

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 l'employeur, et du contrat responsable. Ce régime surcomplémentaire est intégralement à la charge du salarié (**sans aucune contribution financière de l'employeur**). Les remboursements de la surcomplémentaire Renfort Umanens viennent s'ajouter aux remboursements du régime complémentaire Umanens et du régime de base de la sécurité sociale.

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).

La présente Notice d'information précise les **modalités de mise en place du régime Frais de santé surcomplémentaire non-responsable facultatif** souscrit par votre Employeur auprès d'Umanens.

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.

Objet du contrat

Le Contrat surcomplémentaire Frais de santé souscrit par votre Employeur est un contrat collectif à adhésion facultative, **sans participation financière de l'employeur**. Les garanties prévues par ce Contrat, précisées en annexe, interviennent en complément des prestations Frais de santé qui vous sont versées par un Organisme d'Assurance maladie et des prestations versées par le régime complémentaire collectif et obligatoire de Frais de santé.

Vous avez la possibilité de bénéficier des garanties mises en place par le présent Contrat à titre facultatif en complément du régime complémentaire Umanens mis en place à titre obligatoire par votre Employeur.

Vos ayants droit peuvent également être couverts par le présent Contrat. Vos ayants droit couverts dans au titre du contrat surcomplémentaire sont identiques à vos ayants droit couverts au titre du contrat complémentaire.

Bénéficiaire du contrat

Qui peut bénéficier du Contrat ?

a. Vous, en tant que salarié

Le Contrat couvre l'ensemble des salariés de manière facultative.

Seuls les salariés bénéficiant du contrat complémentaire au sein d'Umanens ouvrent droit au présent Contrat surcomplémentaire, à l'exception des salariés rattachés au régime frais de santé **CCN de l'Industrie du Caoutchouc (IDCC 45) ou PME du Caoutchouc et de la Plasturgie (IDCC 45 & 292)**.

Votre affiliation est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

a. Vos ayants droit

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

Vos ayants droit bénéficieront des mêmes garanties que celles dont vous bénéficiez.

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 leur 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.

L'affiliation au contrat et ses modalités

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.

L'organisme Gestionnaire du régime Frais de santé, et l'organisme assureur ou son délégataire (dans le cadre d'une convention de Délégation de Gestion). Il figure sur le Bulletin/Demande d'Adhésion et/ou les Conditions Particulières.

a. Affiliation aux garanties

► **Votre affiliation**

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Votre affiliation au régime surcomplémentaire facultatif 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 la date de prise d'effet de votre 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 vos 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 contrat surcomplémentaire, pour vous-mêmes et vos ayants droit, vous engage pour une durée minimale d'une (1) année civile.

Vous pouvez dénoncer chaque année l'affiliation de vos ayants droit sur demande écrite (lettre simple ; courriel) adressée au Gestionnaire, dont les coordonnées figurent en annexe de la présente notice d'information, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

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

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

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 de deux (2) ans, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de votre 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.

Peut-on modifier l'option choisie ?

Le salarié pourra modifier chaque année l'option choisie pour lui et ses ayants droit selon les modalités prévues ci-dessous :

- à la hausse, la demande prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par le délégataire de gestion. Après 12 mois calendaire il sera à nouveau possible d'opter pour une option d'un niveau supérieur (en fonction du régime choisi par l'Etablissement). Toute modification des garanties engage salarié pour une période de 2 ans.

à la baisse : l'option pour une garantie d'un niveau inférieur ne peut intervenir qu'après 24 mois, postérieurement à la souscription du niveau supérieur souscrit précédemment. En cas d'évolution de sa situation familiale (divorce, rupture du PACS, séparation de corps, décès d'un ayant droit), le salarié pourra modifier la protection de ses ayants droit en conséquence. La demande devra être faite dans les trois (3) mois qui suivent l'évolution familiale susvisée.

Peut-on dénoncer l'option choisie ?

Vous pouvez dénoncer chaque année l'option souscrite, sur demande écrite (lettre simple ; courriel) adressée au Gestionnaire (coordonnées sur le Bulletin d'adhésion et le Bulletin Individuel d'Affiliation), au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

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

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de souscription 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 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 avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique, datée et signée, puis envoyée à au gestionnaire du contrat :

- Umanens - Exercice du Droit de Rétractation - 40 boulevard Richard Lenoir 75011 Paris
- reclamations@umanens.fr

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « *Par le présent envoi recommandé avec accusé de réception, je soussignée [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.**

b. Cessation de l'affiliation

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 qu'elle fixée par le Contrat, et en tout état de cause à la même date que le salarié
- en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat par l'Organisme assureur ou par votre Employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre à votre bénéfice et, à la même date, la cessation de l'affiliation de vos éventuels ayants droit ainsi que la cessation de la garantie optionnelle que vous auriez éventuellement souscrite.

En cas de cessation de votre contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, votre Établissement sera tenu d'en informer le Gestionnaire.

c. Vos obligations

En cas de modification de votre situation ayant des conséquences sur votre affiliation ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives du Contrat (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), vous êtes tenu de vous adresser directement auprès du Gestionnaire.

Maintien des garanties

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

a. Portabilité des droits : anciens salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, 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 des garanties subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts par le salarié auprès de l'Employeur ;
- maintien des mêmes garanties que celles en vigueur dans l'entreprise ;
- maintien de garanties subordonné à la justification mensuelle par l'ancien salarié auprès du Gestionnaire, de sa prise en charge par l'assurance chômage, selon les modalités prévues par l'Organisme Gestionnaire.

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

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation. 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 :

- à vos ayants droit qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture du socle obligatoire mise en place par votre employeur à la date de la cessation du contrat de travail, ainsi qu'à vos enfants nés pendant la période de portabilité ou enfant se voyant reconnaître le statut d'handicapé avant leur 21ème anniversaire ;
- à vos ayants droit 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 de votre maintien ;
- à la date à laquelle vous cessez 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 votre obligation de fourniture des justificatifs requis à l'Organisme gestionnaire;
- à la date de résiliation du présent contrat.

En tout état de cause, en tant que bénéficiaire du dispositif de portabilité vous pouvez demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de vos droits (sous réserve que vous n'ayez pas retrouvé un nouvel emploi), à bénéficier des possibilités qui vous sont offertes au titre de 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.

b. Suspension du contrat de travail

En cas de suspension (indemnisée ou non) de votre contrat de travail, vous avez la possibilité de continuer à bénéficier du régime surcomplémentaire Frais de santé pendant la période de suspension de votre contrat de travail, **sous réserve de continuer à bénéficier du contrat complémentaire mis en place par votre employeur et de régler vos cotisations afférentes à la couverture surcomplémentaire « Renfort UMANENS » 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.

Cotisations

Quel est le montant des cotisations ?

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

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

Quelles sont les modalités de paiement des cotisations ?

La cotisation servant au financement des garanties du présent Contrat souscrit pour vous et vos éventuels ayants droit est entièrement à votre charge, en contrepartie :

- d'une cotisation « ADULTE » pour le salarié et le conjoint du salarié tel que défini ci-avant ;
- d'une cotisation « ENFANT » pour les enfants tels que définis ci-avant (cotisation additionnelle facultative par enfant) ;
- la cotisation « ASCENDANT » correspond à la cotisation pratiquée pour le « ADULTE ».

Les cotisations sont directement prélevées sur votre compte bancaire, 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 1er du mois suivant. La cotisation correspondante sera alors due à compter de cette date.

Quelles sont les conséquences du non-paiement 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.

Garanties

Quelles sont les modalités de calcul des garanties ?

a. Montants retenus

Les garanties prévues par le 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 pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (« PMSS ») ;
- en frais réels (« FR »), le montant de remboursement correspond à l'entière somme versée au titre de la prestation concernée ;

- en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros (« € »).

b. 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.

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

En tout état de cause, le présent régime surcomplémentaire facultatif intervient en deuxième niveau de remboursement complémentaire, après le régime complémentaire obligatoire.

Si vous ou votre ayant droit 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.

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 obtenir le remboursement des garanties au titre du présent contrat surcomplémentaire facultatif, 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.

d. 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.

Le contrat prévoit-il d'autres services ?

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.

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 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.

Quels sont les délais de paiement des prestations ?

Les délais de règlement sont, en moyenne, de :

- ▢ 2 jours ouvrés dans le cadre de la télétransmission ;
- ▢ 5 jours ouvrés dans le cadre de l'envoi d'une facture papier.

Les prestations sont versées :

- ▢ soit directement au bénéficiaire par virement sur son compte bancaire;
- ▢ 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 choisi par le bénéficiaire impose au Gestionnaire le paiement de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Quels 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 le sont dans la limite des garanties souscrites.

Informations pratique

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 (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 peut être interrompue par :

- 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,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

b. 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.

c. Informatique et Libertés

« 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. »

d. Réclamation et Médiation

- **Réclamation**

« 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 la présente Notice d'Information. 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.

e. 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 »

Annexes

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.

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.

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 :

Modalités d'application des garanties

Le forfait optique :

- 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,
- concerne un équipement composé de deux verres et d'une monture,
- est limité à un équipement par période de deux (2) ans glissants (date à date).

La période de deux (2) ans débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verres ou monture) et s'achève deux (2) ans après.








Cette période est réduite à un (1) an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

Bon à savoir :

- 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 assurés 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 lunettes peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux (2) ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.
- Lorsque le Bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verres ou monture) et s'achève deux (2) ans après.
- Une adhésion à la garantie optionnelle ou un changement de niveau de garanties ne permet pas de déroger à ces règles. Ainsi, en cas de changement de niveau de garanties :
 - ▶ Si le bénéficiaire n'a pas entamé son forfait lunettes avant ce changement de formule, il bénéficiera du montant du forfait nouvelle- ment souscrit à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule. La période de deux (2) ans commencera dès l'acquisition de tout ou partie de son équipement optique.

- ▶ Si le bénéficiaire a utilisé son forfait lunettes pour l'achat d'un équipement complet (verres + monture), il devra attendre la fin de sa période de deux (2) ans qui a commencé à compter de l'acquisition de tout ou partie de cet équipement, pour bénéficier du montant du forfait nouvellement souscrit, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- ▶ Si le bénéficiaire a entamé son forfait lunettes pour l'achat d'une partie de l'équipement (verres ou monture), la date de fin de sa période de deux (2) ans reste inchangée et il bénéficiera du montant du forfait nouvellement souscrit, à compter de sa date d'effet, minoré de sa précédente consommation dans la période de deux (2) ans en cours, que le changement de niveau de garanties soit à la hausse ou à la baisse.

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 fond) 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, Parodontologie (Limité à 3 forfaits/par an/bénéficiaire)	+ 100€	+ 150€	+ 200€	+ 200€
 APPAREILLAGE				
Grand appareillage (Forfait annuel)	+ 200€	+ 200€	+ 300€	+ 400€
Prothèse auditive (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 - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - **S.S.** : Sécurité sociale.

Annexe 3 :

Justificatifs à fournir lors de votre affiliation

- **Pour votre conjoint ou assimilé**

Pour votre conjoint s'il ne figure pas sur votre attestation de Sécurité sociale :

- La photocopie de son attestation de Sécurité sociale (qui est jointe à la carte vitale).

Pour la personne avec qui vous êtes lié(e) par un PACS, si elle ne figure pas sur votre attestation de Sécurité sociale :

- Une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS, délivré par le Greffe du Tribunal d'instance et, datant de moins de 3 mois ;
- La photocopie de son attestation de Sécurité sociale.

Pour votre concubin(e) s'il ne figure pas sur votre attestation de Sécurité sociale :

- Une attestation sur l'honneur de vie commune + justificatif de domicile commun (facture EDF, bail établi au 2 noms, ...) ;
- La photocopie de son attestation de Sécurité sociale.

- **Pour vos enfants**

Pour vos enfant à partir de 18 ans jusqu'à 28 ans non révolus, ceux de votre conjoint, de votre partenaire lié par un PACS ou de votre concubin(e) qui n'exercent pas d'activité régulière rémunérée :

- La photocopie de leur attestation de Sécurité sociale.

Et, en fonction de leurs situations :

- Certificat de scolarité ou une copie de la carte d'étudiant ;
- Copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;

- ▢ Attestation Pôle Emploi en qualité de primo demandeur d'emploi non-indemnisé ou stagiaire de la formation professionnelle ;
- ▢ Attestation pour adulte handicapé.

Pour les enfants garantis sans limitation d'âge :

- ▢ Copie de la carte d'invalidité.

Pour vos ascendants

Pour les ascendants à charge du salarié ou de son conjoint, de son concubin ou du partenaire lié par un PACS :

Preuve que l'ascendant est à la charge fiscale du salarié, de son conjoint ou concubin ou de son partenaire lié par un PACS.

Annexe 4 : 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 % », 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 de complémentaire 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 1^{er} juillet 2015, les organismes d'assurance pouvant proposer des couvertures Frais de santé répondants aux caractéristiques ACS sont listés par 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

Techniques chirurgicales permettant de corriger les défauts visuels.

Contrat d'accès aux soins (CAS)

Contrat conclu entre l'Assurance maladie et les médecins de secteur 2 (ou de secteur 1 pratiquant des dépassements permanents) afin de permettre un meilleur remboursement des consultations des actes médicaux et de réduire le reste à charge pour les affiliés.

Le CAS a été mis en place par l'avenant n°8 du 6 décembre 2012 à la Convention médicale et est entré en vigueur en décembre 2013.

Les médecins ayant signé le CAS s'engagent à pratiquer pendant trois ans des tarifs bloqués.

Contrat collectif

Contrat souscrit par une personne morale (Employeur, 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} 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.

