



**Conditions générales
Contrat complémentaire
Frais de santé
Labellisé ELANOVA**

www.umanens.fr

SOMMAIRE

Préambule.....	4
Chapitre 1 - Dispositions Générales	5
Article 1 - Objet du contrat.....	5
Article 2 - Nature des garanties.....	5
Article 3 - Intervenants au contrat.....	5
Article 4 - Prescription.....	6
Article 5 - Recours contre tiers.....	6
Article 6 - Autorité de contrôle.....	6
Article 7 - Informatique et Libertés	6
Article 8 - Réclamation et Médiation.....	6
Chapitre 2 - Exécution du Contrat	6
Article 9 - Présentation du Contrat.....	7
Article 10 - Adhésion au Contrat	7
Article 11 - Vie du contrat.....	7
Chapitre 3 - Affiliation au Contrat.....	7
Article 12 - Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur.....	8
Article 13 - Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles.....	9
Chapitre 4 - Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties	9
Article 14 - Date d'entrée en vigueur des garanties	10
Article 15 - Cessation de l'affiliation.....	10
Article 16 - Maintien des garanties.....	10
Article 17 - Suspension du contrat de travail	10
Chapitre 5 - Obligations des parties	11
Article 18 - Obligations de l'Organisme assureur : Etablissement de la Notice d'information.....	11
Article 19 - Obligations de l'Employeur : Remise de la Notice d'information aux salariés	11
Article 20 - Obligations du salarié	11
Chapitre 6 - Cotisations.....	11
Article 21 - Taux et montant des cotisations.....	12
Article 22 - Modalités de règlement des cotisations	12
Article 23 - Non-règlement des cotisations.....	12
Article 24 - Régularisation des cotisations versées.....	13
Chapitre 7 - Garanties	13
Article 25 - Détermination des garanties	13
Article 26 - Soins effectués à l'étranger	14
Article 27 - Services associés.....	14
Article 28 - Modalités de calcul des prestations	14
Article 29 - Modalités de règlement des prestations.....	14
Annexes.....	15
Annexe 1 : Modalités d'application des garanties.....	15
Annexe 2 : Justificatifs à fournir lors de l'affiliation.....	17
Annexe 3 : Modalités d'application du régime «Article 4 loi Evin ».....	17
Annexe 4 : Les mots clé de la santé	18

PRÉAMBULE

Suite à un appel d'offres réalisé en 2016, le Syndicat National du Caoutchouc et des Polymères (SNCP) désormais appelé ELANOVA a labellisé Umanens pour la mise en œuvre du régime Frais de santé au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes à ELANOVA et appliquant la Convention collective nationale du caoutchouc du 6 mars 1953.

Ce régime permet de garantir des prestations minimales identiques pour tous les salariés des entreprises relevant de la Convention collective nationale du caoutchouc du 6 mars 1953 et adhérentes à ELANOVA.

Mutuaconseil, Société de courtage en assurance, SAS au capital de 4000€, 176 avenue Charles de Gaulle, 92522 Neuilly sur Seine CEDEX – RCS Nanterre 820 528 977 est apporteur du contrat.

Les présentes Conditions générales précisent les modalités de mise en place du régime Frais de santé souscrit par l'entreprise auprès d'Umanens.

Est labellisée pour le régime Frais de santé :

UMANENS, union de groupe mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social : 40 Bd Richard Lenoir 75011 PARIS agissant au nom et pour le compte du groupement de coassurance 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 de coassureur

- 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 de coassureur et d'apériteur

- 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 de coassureur

- 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 de coassureur

- 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, en qualité de coassureur

Ce groupement de coassurance a accepté de confier la gestion du régime Frais de santé à :

GEREP, SAS au capital de 101 120 euros

Siège Social : 4 rue de Vienne - CS 40001 - 75378 Paris CEDEX 08

SIRET 351 299 862 000 26

Numéro d'identification : B 351 299 862 R.C.S. Paris

Numéro d'immatriculation ORIAS : 07 000 294

CHAPITRE I

Dispositions Générales

Article 1 - Objet du contrat

Les présentes Conditions générales forment, avec les Conditions particulières qui s'y rapportent, le contrat collectif à adhésion obligatoire.

Ce contrat présente également des garanties à adhésion facultative.

Il est souscrit par l'Employeur dans le but de mettre en place une couverture Frais de santé au bénéfice de ses salariés.

Ce contrat collectif est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et notamment son Livre II.

Article 2 - Nature des garanties

Le présent contrat collectif et obligatoire a pour objet de garantir aux salariés, le remboursement total ou partiel des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en complément des prestations versées par les Organismes d'Assurance maladie.

Des garanties optionnelles sont également mises en place. Ces options pourront être souscrites par l'Employeur, à titre obligatoire (pour ses salariés) ou par le salarié, à titre facultatif.

Article 3 - Intervenants au contrat

L'Employeur : la personne morale signataire des Conditions particulières liées aux présentes Conditions générales.

Les salariés : les salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise au moment de l'adhésion, affiliés à un Organisme d'Assurance maladie ; les salariés embauchés postérieurement et dûment affiliés au présent Contrat ainsi que les anciens salariés bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

L'Organisme assureur : le groupement de coassurance constitué d'Identités Mutuelle, La Mutuelle Familiale, Mutualia Grand Ouest, Mutualia Alliance Santé et Mutualia Territoires Solidaires, dans le cadre du dispositif mis en œuvre et négocié par Umans, Union de groupe mutualiste agissant pour leur compte. Chaque entreprise se verra attribuer une mutuelle de rattachement, dite « mutuelle d'affiliation », en fonction de son mode de souscription. La mutuelle d'affiliation est précisée aux Conditions particulières.

Le Gestionnaire : Gerep.

Article 4 - Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

Article 5 - Recours contre tiers

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

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

Article 6 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé au 61, rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 9.

Article 7 - Informatique et Libertés

Les informations concernant le salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, sont destinées aux services du Gestionnaire.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, les intéressés peuvent demander, en justifiant de leur identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information les concernant qui figurerait sur un fichier utilisé dans le cadre du présent Contrat par courrier au siège du Gestionnaire : GEREP - 4 rue de Vienne - 75008 Paris.

Article 8 - Réclamation et Médiation

Article 8.1 - Réclamation

Pour toute réclamation ou litige portant sur la souscription du contrat, l'Employeur devra s'adresser au service de réclamations du courtier, Mutuaconseil. Le cas échéant, ses réclamations devront être envoyées :

- par courrier à : Mutuaconseil Service réclamation - 176 avenue Charles de Gaulle - 92522 Neuilly sur Seine Cedex
- par courriel à : reclamation@mutuaconseil.fr

Pour toute réclamation ou litige portant sur la gestion du contrat, l'Employeur ou le bénéficiaire devra s'adresser au service de réclamations du Gestionnaire. Le cas échéant, leurs réclamations devront être envoyées :

- par courrier à : GEREP - Service réclamation - CS 40001, 4 rue de Vienne - 75378 Paris cedex 08
- par courriel à : reclamation@gerep.fr

Les réclamations sont traitées dans un délai de deux (2) mois.

Article 8.2 - Médiation

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, précisée aux Conditions particulières de son Contrat :

- 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.

CHAPITRE 2

Exécution du Contrat

Article 9 - Présentation du Contrat

Au moment de son adhésion, l'Employeur met en place de manière obligatoire, a minima le régime « Panier de soins + », ou, s'il souhaite faire bénéficier ses salariés d'un niveau de garanties supérieur, le régime « Confort », « Sérénité » ou « Premium ». Si le régime « Confort », le régime « Sérénité » ou le régime « Premium » n'ont pas été mis en place à titre obligatoire par l'Employeur, le salarié a la possibilité d'y souscrire de manière facultative en complément du régime mis en place à titre obligatoire.

Le salarié est couvert à titre obligatoire par l'Employeur. Les ayants droit du salarié peuvent être couverts à titre obligatoire par l'Employeur ; à défaut, le salarié pourra choisir de les couvrir à titre facultatif.

Article 10 - Adhésion au Contrat

Peuvent adhérer au présent contrat les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale du Caoutchouc du 6 mars 1953 et adhérentes au SNCP.

L'adhésion au présent Contrat est formalisée par la signature des Conditions particulières.

Article 11 - Vie du contrat

Article 11.1 - Date d'effet du Contrat

Le Contrat conclu entre l'Employeur et l'Organisme assureur prend effet à la date fixée aux Conditions particulières.

Article 11.2 - Durée du Contrat

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

Il est ensuite tacitement reconduit 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 11.5 des présentes Conditions générales.

Article 11.3 - Modification et résiliation des garanties optionnelles souscrites par l'Employeur

Chaque année, l'Employeur a la possibilité de modifier les garanties souscrites au moment de son adhésion en modifiant, à la hausse ou à la baisse, le régime souscrit.

Toute demande de souscription ou de modification du niveau de garanties doit faire l'objet d'une demande adressée à l'Organisme assureur avant le 31 octobre de l'année en cours.

La demande de souscription ou de modification sera alors effective au 1^{er} janvier de l'année suivante.

La souscription ou la modification de l'option est confirmée par la signature de nouvelles Conditions particulières au Contrat.

Article 11.4 - Révision du Contrat

Ce Contrat suivra les évolutions décidées en accord avec le SNCP et son conseil, sous réserve de la mise à jour par l'entreprise adhérente de l'acte juridique de mise en place du régime

et de la signature d'un avenant entre l'entreprise adhérente et l'Organisme assureur.

Par ailleurs, en cas d'évolution des dispositifs légaux et réglementaires sur lesquels est fondée la mise en place du présent Contrat, celui-ci sera adapté aux nouvelles dispositions en vigueur.

Dans le cas où de telles évolutions nécessiteraient l'aménagement du présent Contrat, l'Organisme assureur proposera par voie d'avenant les aménagements nécessaires à sa mise en conformité.

Article 11.5 - Cessation du Contrat

Le présent Contrat cesse en cas de :

- cessation d'activité de l'Employeur ou liquidation judiciaire ;
- sortie du champ d'application du présent Contrat, tel que déterminé à l'article 10 des présentes Conditions générales ;

• 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'Employeur 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, comme prévu 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 à l'article 23-1 des présentes Conditions générales.

En cas de cessation du Contrat, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, perdent le bénéfice dudit contrat.

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 par le Contrat.

CHAPITRE 3

Affiliation au Contrat

Article 12 - Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur

Article 12.1 - Modalités d'affiliation à titre obligatoire des salariés

Le présent Contrat couvre tous les salariés de manière obligatoire ; l'Employeur pourra néanmoins déterminer via son acte juridique d'entreprise un niveau de couverture distinct selon les différentes catégories objectives de salariés, en application des articles R. 242-1-1 et R. 242-1-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

• Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation du salarié au présent Contrat prend effet :

- A compter de la date d'adhésion de l'Employeur ;
- A compter de sa date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise lorsque le salarié est embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'Employeur,
- A compter de la date à laquelle le salarié ne bénéficie plus d'une dispense d'affiliation telle que définie ci-dessous.

• Exception : cas de dispense d'affiliation

Si le salarié ne souhaite pas bénéficier des garanties mises en place par son Employeur, il peut se prévaloir :

- des cas de dispense prévus par l'acte juridique de mise en place du régime frais de santé dans l'entreprise, en application de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale ;
- des cas de dispense d'ordre public, dont il peut se prévaloir à son initiative, en application des articles L. 911-7, D. 911-2 et D. 911-3 du Code de la Sécurité sociale.

La mise en œuvre de l'un de ces cas de dispenses ne peut avoir lieu que sur demande expresse auprès de l'Employeur formulée par le salarié concerné qui devra, le cas échéant, produire toute pièce lui permettant de justifier que sa situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation listés ci-dessus.

Cette demande doit comprendre la mention selon laquelle l'Employeur a informé le salarié des conséquences de son choix, à savoir qu'il ne pourra pas bénéficier du contrat Frais de santé mis en place au sein de l'entreprise, ni de la portabilité des garanties Frais de santé prévues par ce contrat en cas de cessation de son contrat de travail.

Le salarié ne bénéficie plus de la dispense d'affiliation :

- A la date à laquelle il n'entre plus dans l'un des cas de dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
- A la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à son Employeur.

• Mise à jour des effectifs

L'Employeur communique au Gestionnaire les entrées et sorties de personnel au sein des effectifs ainsi que les dates y afférant.

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

Article 12.2 - Modalités d'affiliation des ayants droit

Ayants droit couverts à titre obligatoire (Structures de cotisation « Isolé/Famille » et « Uniforme ») :

Les ayants droit des salariés affiliés, tels qu'ils sont déterminés ci-après, sont couverts à titre obligatoire par le présent Contrat.

Ayants droit couverts à titre facultatif (Structure de cotisation « Isolé/Duo/Famille ») :

Les salariés souhaitant couvrir à titre facultatif leurs ayants droit, tels qu'ils sont déterminés ci-après, peuvent le faire au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation ou sur demande écrite formalisée.

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 de 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 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.

• Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation des ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du salarié au présent Contrat si la demande se fait simultanément ;
- à la date de réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de survenance de l'événement (mariage, naissance ou adoption d'un enfant, ...) dûment déclaré au Gestionnaire.

Article 12.3 - Cessation de l'affiliation de l'ayant droit

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre facultatif : L'affiliation de ses ayants droit à titre facultatif 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 1^{er} janvier de l'année suivante.

Cessation anticipée de l'affiliation de l'ayant droit

Si l'ayant droit du salarié vient à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, le salarié pourra demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de celui-ci, sous réserve de la production d'un justificatif actant de l'adhésion de son ayant droit à un régime obligatoire et datant de moins de trois (3) mois.

La dénonciation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande de dénonciation par le Gestionnaire.

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...).

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.

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre obligatoire : L'affiliation de l'ayant droit cessera s'il justifie relever d'un cas de dispense d'affiliation, selon les modalités prévues à l'article 12.1 des présentes Conditions générales.

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 13 - Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles

Article 13.1 - Principe

Le salarié a la possibilité d'améliorer pour lui-même et, le cas échéant, pour ses ayants droit, le niveau de garanties souscrit par l'Employeur en demandant son affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix retenu par le salarié pour lui-même, s'imposera d'office à ses ayants droit couverts.

L'affiliation aux garanties optionnelles s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation.

Article 13.2 - Prise d'effet

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet au 1^{er} jour du trimestre qui suit.

L'affiliation aux garanties optionnelles engage le salarié et, le cas échéant, ses ayants droit, pour une durée minimale d'une (1) année civile.

Article 13.3 - Modification des garanties

Le salarié pourra modifier chaque année l'option choisie pour lui et ses ayants droit selon les modalités prévues ci-dessous, 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 les garanties optionnelles souscrites dans les conditions prévues à l'article 13.4 des présentes Conditions générales.

Article 13.4 - Dénonciation

Le salarié peut dénoncer chaque année l'option souscrite, 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 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

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. 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, daté et signé, envoyé au gestionnaire du contrat :

- GEREPI - 4 rue de Vienne - 75008 Paris ;
- sncp.affiliation@gerepi.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. Le salarié ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Le gestionnaire restitue le solde de la cotisation au plus tard 30 jours après la réception de la lettre de renonciation. Le droit de renonciation ne peut plus être exercé dès lors que le salarié a bénéficié des garanties du contrat.

CHAPITRE 4

Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties

Article 14 - 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 aux articles 12 et 13 des présentes Conditions générales.

Article 15 - 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 ou de cessation du contrat de travail du salarié (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, des dispositions relatives au maintien des garanties prévues à l'article 16 ;
- 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 12.2 des présentes Conditions générales ;
- 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 de la garantie optionnelle éventuellement souscrite par le salarié.

En cas de cessation du contrat de travail du salarié, pour quelque motif que ce soit, l'Employeur est tenu d'en informer le Gestionnaire.

Article 16 - Maintien des garanties

Article 16.1 - Maintien des garanties pour les 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 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 son indemnisation chômage.

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.

Article 16.2 - Maintien des garanties à titre individuel

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

- les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties prévu à l'article 16.1. ;
- les personnes garanties du chef du salarié décédé, pendant une durée maximale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès du salarié.

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

Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

La cotisation due au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin sera intégralement à la charge de l'ancien salarié. Le Gestionnaire agissant au nom de l'Organisme assureur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux (2) mois qui suivent leur radiation du contrat collectif obligatoire, sous réserve que l'Employeur l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ».

Article 17 - Suspension du contrat de travail

Article 17.1 - Suspension du contrat de travail indemnisée

L'affiliation des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, durant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente d'invalidité (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle) financés au moins pour partie par l'Employeur.

L'Employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs durant toute la période de suspension du contrat de travail.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

En contrepartie, le salarié, ainsi que, le cas échéant, ses ayants droit, continuent à bénéficier des garanties prévues par le régime mis en place par son Employeur.

Les garanties optionnelles sont maintenues dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

Article 17.2 - Suspension du contrat de travail non indemnisée

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient pas d'un maintien total ou partiel de salaire, du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente d'invalidité ne bénéficient pas du maintien du régime Frais de santé.

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

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que le Gestionnaire en soit informé dans un délai de trois (3) mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le salarié et, le cas échéant, pour ses ayants droit, sera la date à laquelle le Gestionnaire aura été informé de la reprise effective du travail.

Durant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

Toutefois, les salariés concernés pourront, s'ils le souhaitent, continuer à bénéficier du Contrat pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale) 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.

Les garanties optionnelles sont maintenues dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

CHAPITRE 5

Obligations des parties

Article 18 - Obligation de l'Organisme assureur : Etablissement de la Notice d'information

Conformément 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. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des salariés, l'Organisme assureur établit une nouvelle Notice d'information ou un additif.

Article 19 - Obligation de l'Employeur : Remise de la Notice d'information aux salariés

En application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, l'Employeur est tenu de remettre un exemplaire de la Notice d'information établie par l'Organisme assureur à chaque sa-

larié 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 de la remise de la Notice d'information au salarié.

Article 20 - 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 du Gestionnaire.

CHAPITRE 6

Cotisations

Article 21 - Taux et montant des cotisations

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations forfaitaires exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Le taux des cotisations est indiqué sur les Conditions particulières du Contrat.

L'Organisme assureur s'engage à ne pas faire évoluer le taux des cotisations sur les années 2017, 2018 et 2019.

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

Ces modifications impacteront le présent Contrat selon les modalités prévues par l'article 11.4 des Conditions générales.

Article 22 - Modalités de règlement des cotisations

Article 22.1 - Garanties souscrites par l'Employeur

Les garanties obligatoires sont financées à minima à hauteur de 50% par l'Employeur.

La participation du salarié est directement précomptée par l'Employeur sur sa fiche de paie.

Article 22.2 - Couverture des ayants droit

Cas où les ayants droit sont couverts à titre obligatoire :

- Structure de cotisations « UNIFORME » : la cotisation est identique, quelle que soit la structure familiale du salarié ;
- Structure de cotisations « ISOLE / FAMILLE » :

- Cotisation « ISOLE » pour le salarié seul ;

- Cotisation « FAMILLE » pour le salarié et un ou plusieurs de ses ayants droit.

La couverture obligatoire des ayants droit est prise en charge par l'Employeur et le salarié selon les mêmes proportions que celles prévues pour la couverture du salarié.

Cas où les ayants droit sont couverts à titre facultatif :

• Structure de cotisations « ISOLE / DUO / FAMILLE » :

- Cotisation « ISOLE » pour le salarié seul ;

- Cotisation « DUO » pour le salarié et l'un de ses ayants droit (conjoint ou enfant ou ascendant) ;

- Cotisation « FAMILLE » pour le salarié et deux ou plus de ses ayants droit (conjoint, enfant(s), ascendant(s)).

En tout état de cause, la cotisation obligatoire du salarié, correspondant au montant déterminé pour la structure « ISOLE », est prise en charge à hauteur de 50% minimum par l'Employeur.

La cotisation liée aux ayants droit couverts à titre facultatif est directement prélevée sur le compte bancaire du salarié, mensuellement.

Article 22.3 - Garanties optionnelles souscrites à titre facultatif

La cotisation additionnelle servant au financement du niveau des garanties optionnelles souscrites par le salarié pour lui-même et ses éventuels ayants droit est entièrement à la charge du salarié.

Cette cotisation est directement prélevée sur le compte bancaire du salarié, mensuellement. Toute adhésion aux garanties

facultatives en cours de mois entraîne le paiement du mois complet.

Article 23 - Non-règlement des cotisations

Article 23.I - Possibilité pour l'Organisme assureur de résilier le Contrat

 Au titre des garanties souscrites à titre obligatoire par l'Employeur

Le Gestionnaire effectue le recouvrement des cotisations collectives obligatoires sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

1^{ère} relance : 30 jours après la clôture du trimestre dû

Dans le cas où l'Employeur n'a pas acquitté ses cotisations dues au titre du trimestre, le Gestionnaire lui enverra une première relance au plus tard trente (30) jours après la fin dudit trimestre.

2^{ème} relance : 45 jours après la clôture du trimestre dû

Si la première relance n'a pas abouti au paiement des cotisations dues, une deuxième relance est envoyée à l'Employeur au plus tard quarante-cinq (45) jours après la fin du trimestre dû, soit quinze (15) jours après la première relance.

Mise en demeure : 60 jours après la clôture du trimestre

Si les cotisations n'ont toujours pas été versées, l'Organisme assureur en sera informé par le Gestionnaire. L'Organisme assureur se chargera alors d'envoyer une mise en demeure de payer à l'Employeur.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les trente (30) jours, engendre la suspension des garanties.

La garantie pourra alors être résiliée dix (10) jours après la suspension, soit quarante (40) jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoit l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

Sauf décision différente de l'Organisme assureur, le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance durant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

En application de l'article L.221-8 du Code de la mutualité, Le salarié est informé que le défaut de paiement par l'Employeur est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties, sauf s'il entreprend de se substituer à l'Employeur pour le paiement des cotisations.

 Au titre des garanties souscrites à titre facultatif par le salarié

Dans le cadre des garanties facultatives que le salarié peut souscrire, en cas de non-paiement des cotisations vingt (20) jours après l'échéance, le Gestionnaire envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au salarié, en application de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Cette lettre informe notamment le salarié que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension puis la résiliation de la garantie souscrite à titre facultatif.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les trente (30) jours, engendre la suspension des garanties.

Les garanties pourront alors être résiliées dix (10) jours après la suspension, soit quarante (40) jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoit l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie intervenant en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, ne produit ses effets qu'à l'expiration de la période dûment réglée.

La garantie non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où a été payée la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 24 - Régularisation des cotisations versées

A partir des données concernant les effectifs communiqués par l'Employeur au Gestionnaire, une régularisation des cotisations versées sera effectuée par le Gestionnaire.

CHAPITRE 7

Garanties

Article 25 - Détermination des garanties

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'Organisme assureur ont été fixés en accord avec ELANOVA. Le détail de ces prestations est présenté en annexe aux présentes Conditions générales.

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre :

- de la réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L. 871-I, R. 871-I et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- des dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L. 911-7 et D. 911-I du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le Contrat sera mis en conformité avec les nouvelles dispositions. En tout état

de cause, cette mise en conformité interviendra au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, par voie d'avenant signé par les parties.

Article 25.1 - Dispositions relatives au « Contrat responsable »

Les garanties définies en annexe aux présentes Conditions générales sont conformes aux conditions spécifiques propres aux Contrats responsables énoncées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

Le présent Contrat ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 1111-15 du Code de la Santé publique (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel) ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le salarié et, le cas échéant, ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit, à titre informatif, au minimum 8 euros) ;
- la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;
- la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour :
 - 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
 - 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 - 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

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

Article 25.2 - Dispositions relatives au « Panier de soins minimum »

Dans ce contexte, des garanties minimales ont été fixées par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, venant en applica-

tion de la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Le régime Frais de santé mis en place par le Contrat respecte les minimas de garanties définis par ce décret.

Article 26 - 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 à minima le montant et la nature des frais engagés.

Les prestations servies le sont dans la limite des garanties souscrites.

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 - Modalités de calcul des prestations

Article 28.1 - 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 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.

- 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.

Article 28.2 - 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.

Article 28.3 - 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 complémentaires 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 28.4 - Principe indemnitaire

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations 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 29 - Modalités de règlement des prestations

Article 29.1 - 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 de la part du bénéficiaire, lors de l'affiliation ;
- 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.

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, comme le prévoit l'article 28.3 des présentes Conditions générales, le bénéficiaire devra envoyer au Gestionnaire le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur, ou sa version dématérialisée, afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le présent Contrat.

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 application de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, le bénéficiaire produit sa demande 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.

Article 29.2 - 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 le bénéficiaire a fait usage du Tiers payant.

Article 29.3 - Frais supplémentaires

Lorsque le mode de versement des prestations choisi par le salarié, ou le cas échéant, son ayant droit, impose le paiement de frais ou de taxes engendrés par des prestations réalisées et/ou versées hors Union européenne, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

ANNEXES

Annexe I : Garanties

I Modalités d'application des garanties

☐ Fonctionnement du forfait optique « verres et monture »

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

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

Par exception :

Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, le bénéfice du forfait optique est réduit à un an pour les frais exposés dans l'acquisition d'un équipement.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction, soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction ; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et, ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait optique « verres et montures » peut couvrir une prise en charge de deux équipements (verres + monture) sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

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

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

Ainsi, en cas de changement de formule :

Si le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit n'a pas entamé son forfait optique « verres et monture » avant ce changement de formule, il bénéficiera du montant du forfait nouvellement souscrit, à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule.

En tout état de cause, une période de 2 ans déclenchée par un précédent achat n'est ni réduite ni annulée par la souscription d'une nouvelle option et continue à courir sur la nouvelle option jusqu'à l'arrivée à son terme.

Les montants des forfaits « verres et monture » sont précisés au tableau des garanties présenté ci-après.

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

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

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

Optique :

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

Verres et équipement :

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement limité au plafond du contrat responsable.

Équipement homogène ACF (2 verres et une monture) :

CLASSE A / V SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inférieur ou égal à +4 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 420€.

CLASSE C / V COMPLEXE / V simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre supérieur à +4 à verre multifocal ou progressif : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 700€.

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 8 + 8 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€.

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 4 + 4 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€.

Équipement hétérogène BDE (2 verres et une monture) :

V Simple + V Complexe (A+C) B : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 560€.

V Simple + V T Complexe (A+F) D : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 610€.

V Complexe + V T Complexe (C+F) E : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 750€.

Audioprothèse :

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



VOTRE GRILLE DE GARANTIES

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE
Les prestations indiquées comprennent le remboursement de la Sécurité sociale et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE
Les prestations sont servies en complément des prestations de la Sécurité sociale et de celles du régime complémentaire. Elles sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	CONFORT (Y COMPRIS BASE)	SÉRÉNITÉ (Y COMPRIS BASE)	PREMIUM (Y COMPRIS BASE)	EXCELLENCE	OPTIMUM (SUR PREMIUM UNIQUEMENT)
Chirurgie - Hospitalisation					
Frais de séjour - Secteur conventionné	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Honoraires - Secteur conventionné OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	370% BR	470% BR	+30% BR (en secteur conventionné)	+30% BR (en secteur conventionné)
Honoraires - Secteur conventionné Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	+200% BR (en secteur conventionné)	+200% BR (en secteur conventionné)
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Forfait actes lourds	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	-	-
Chambre particulière	2% PMSS / J	3% PMSS / J	4% PMSS / J	-	+50€ / Jour (max 90 j en MCO et 30 j en psychiatrie)
Frais d'accompagnant (-de 12 ans)	2% PMSS / J	3% PMSS / J	4% PMSS / J	-	+40€ / Jour
Maternité - Prime de naissance (doublée en cas de naissance gémellaire)	10% PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	-
ACTES MÉDICAUX COURANTS					
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Analyses	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Auxiliaires médicaux	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	270% BR	270% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	170% BR	185% BR	200% BR	-	-
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	Max 7,5 % PMSS	Max 10 % PMSS	Max 15 % PMSS	-	+400€ (gros appareillage uniquement)
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Médicaments, vaccins ou homéopathie prescrits par un médecin et non remboursés par la S.S.	-	-	-	+ 100€	+ 100€
DENTAIRE					
Soins et prothèse 100% santé (3)	Prise en charge intégrale progressive de 2020 à 2021 dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)			-	-
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé	270%BR	370%BR	470% BR	-	-
Orthodontie Remboursée par la S.S.	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Orthodontie Non Remboursée par la S.S.	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Prothèses (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) ⁽⁴⁾				-	-
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation			-	-
Panier libre :	Actes remboursés par la sécurité sociale			-	-
Onlays-Inlays	270%BR	370%BR	470% BR	-	-
Dents du sourire remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Dents du sourire non remboursées par la S.S. ⁽⁵⁾	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Actes dentaires hors nomenclature (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	150 € /actes / max 3x/an	300 € /actes / max 3x/an	450 € /actes / max 3x/an	-	-
Implantologie non remboursée par la S.S (racine et pilier - maximum 3 implants/an/bénéficiaire)	dans la limite de 10% PMSS/implant	dans la limite de 15% PMSS/implant	dans la limite de 20% PMSS/implant	-	+ 150€/implant
OPTIQUE					
Équipement 100% santé - verre	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Équipement 100% santé - monture	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Monture du panier libre	Voir grille optique CONFORT	Voir grille optique SERENITE	Voir grille optique PREMIUM	Voir grille optique EXCELLENCE	Voir grille optique OPTIMUM
Verres panier libre	Voir grille optique CONFORT	Voir grille optique SERENITE	Voir grille optique PREMIUM	Voir grille optique EXCELLENCE	Voir grille optique OPTIMUM
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Lentilles prescrites remboursées ou non (y compris jetables/an/bénéficiaire)	5% PMSS	10% PMSS	12,5 % PMSS	-	-
Chirurgie réfractive (par oeil/an/bénéficiaire)	300 €	400 €	600 €	-	+200 €
AIDE AUDITIVE					
Équipement 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Équipement du panier libre	10 % PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	+400 €



PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES

Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathie, Acupuncture, sevrage tabagique, Podologie, Dététique, et Psychologie	30€/ séance - 3x/an/ bénéficiaire	40€/ séance - 4x/an/ bénéficiaire	50€/ séance - 5x/an/ bénéficiaire	-	-
Sevrage tabagique sur prescription médicale (forfait annuel)	-	-	-	-	+ 50 €
Contraception prescrite non remboursée par la S.S (forfait annuel)	-	-	-	-	+ 50 €
Forfait bandelette d'autosurveillance glycémique (forfait annuel)	-	-	-	-	+ 50 €
Cure thermique remboursée par la S.S (Allocation forfaitaire)	dans la limite de 10% PMSS	dans la limite de 15% PMSS	dans la limite de 20% PMSS	-	-

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. ⁽¹⁾ Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. ⁽²⁾ Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Les audioprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste «Aides auditives». ⁽³⁾ Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. ⁽⁴⁾ : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. ⁽⁵⁾ : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45. ⁽⁶⁾ : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 35 / 36 / 37 / 38 / 45 / 46 / 47 / 48. **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **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 - **TM** : Ticket Modérateur.



GRILLE OPTIQUE

		CONFORT (Y COMPRIS BASE)	SÉRÉNITÉ (Y COMPRIS BASE)	PREMIUM (Y COMPRIS BASE)	EXCELLENCE	OPTIMUM (SUR PREMIUM UNIQUEMENT)
TYPE DE VERRE	CATEGORIE	2 VERRES	2 VERRES	2 VERRES	2 VERRES	
Verres simple foyer, sphériques						
sphère comprise entre -6 à +6	A	200,00 €	280,00 €	320,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère hors zone - 6 à +6	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques						
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	200,00 €	280,00 €	320,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	200,00 €	280,00 €	320,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
Verres multifocaux ou progressifs sphériques						
sphère comprise entre -4 à +4	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère hors zone de -4 à + 4	F	450,00 €	600,00 €	700,00 €	-	+150€ PAR VERRE
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques						
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	450,00 €	600,00 €	700,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	450,00 €	600,00 €	700,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	450,00 €	600,00 €	700,00 €	-	+150€ PAR VERRE
TYPE DE VERRE						
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	275,00 €	390,00 €	460,00 €		+150€ PAR VERRE
	D	325,00 €	440,00 €	510,00 €	-	+150€ PAR VERRE
	E	400,00 €	550,00 €	650,00 €	-	+150€ PAR VERRE
MONTURE PANIER LIBRE		1 MONTURE	1 MONTURE	1 MONTURE		
Garantie		80,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00€

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

Équipement homogène ACF (2 verres et une monture) :

CLASSE A / V SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 420€.

CLASSE C / V COMPLEXE / V simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 700€.

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 8 + 8 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€.

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 4 + 4 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€.

Équipement hétérogène BDE (2 verres et une monture) :

V Simple + V Complexe (A+C)

B : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 560€.

V Simple + V T Complexe (A+F)

D : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 610€.

V Complexe + V T Complexe (C+F)

E : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 750€.

Annexe 2 : 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 3 : Modalités d'application du régime « Article 4 loi Evin »

En application des dispositions prévues par l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les salariés bénéficiant d'un régime collectif frais de santé, mis en place en application des dispositions légales, ouvrent droit, dans les cas énumérés par la loi et repris à l'article 1 ci-après, au maintien de cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux.

La présente annexe présente les modalités d'affiliation au régime mis en place en application de l'article 4 de la loi Evin, en continuité du régime dont le salarié bénéficiait en tant qu'actif.

Pour toute demande relative à l'affiliation, toute demande d'ouverture, de modification ou de résiliation de la couverture des ayants droit ou encore en cas de modification du niveau de couverture, l'ancien salarié est tenu de s'adresser directement auprès du Gestionnaire.

1/ Bénéficiaires

Peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le présent Contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu ;
- les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef du salarié décédé, pendant une durée maximale de douze (12) mois à compter du décès.

L'Organisme assureur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux (2) mois qui suivent leur radiation du contrat collectif obligatoire, sous réserve que l'Employeur ait informé le Gestionnaire de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ».

2/ Ayants droit

Les modalités d'application relatives aux ayants droit (définition, prise d'effet et cessation de l'affiliation) sont identiques à celles applicables au régime des actifs.

3/ Affiliation

aux garanties 3.a/ Demande d'affiliation

L'ancien salarié entrant dans la catégorie des bénéficiaires déterminée ci-avant doit, pour bénéficier du régime mis en place en application de l'article 4 de la loi Evin, en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'évènement lui ouvrant droit audit régime, soit :

- 6 mois à compter de la date de cessation de son contrat de travail ;
- 6 mois à compter de la date de fin de maintien temporaire des garanties sans contrepartie de cotisations ;
- 6 mois à compter de la date du décès du salarié affilié.

L'affiliation est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation « Loi Evin ».

Le dépassement de ce délai de six (6) mois entraîne la forclusion définitive.

3.b/ Date d'effet de l'affiliation

Suite à la demande d'affiliation, les garanties prennent effet :

- A la date de l'évènement ouvrant droit au régime ;
- A titre exceptionnel, à la demande du bénéficiaire, à la date souhaitée par celui-ci et, au plus tard, le lendemain de sa demande.

DROIT DE RENONCIATION AUX GARANTIES EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMAR-CHAGE

En cas d'affiliation à distance ou faisant suite à du démarchage, l'affilié qui souscrit des garanties facultatives dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée, envoyée au gestionnaire du contrat :

- GEREPI - 4 rue de Vienne - 75008 Paris ;
- sncp.affiliation@gerepi.fr.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « Par la présente lettre recommandée 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 est annulée. L'affilié ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Le gestionnaire restitue le solde de la cotisation au plus tard 30 jours après la réception de la lettre de renonciation. Le droit de renonciation ne peut plus être exercé dès lors que l'affilié a bénéficié des garanties du contrat.

3.c/ Durée de l'affiliation

L'affiliation est conclue pour une année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. L'affiliation est ensuite tacitement reconduite au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation.

L'affilié peut dénoncer chaque année son affiliation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Gestionnaire, 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.

4/ Cessation des garanties

L'affiliation au régime « article 4 loi Evin » cesse :

- A la date de sortie de la catégorie des bénéficiaires telle que définie ci-avant ;
- A l'issue de la procédure de non-paiement des cotisations prévues à l'article 5.c ci-après ;
- A la date de résiliation de l'affiliation, à l'échéance annuelle, formulée avant le 31 octobre de l'année en cours, par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Gestionnaire, en application des modalités prévues à l'article 3.c ci-avant ;
- En tout état de cause, à la date de décès de l'affilié.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre au titre du bénéficiaire et, à la même date, la cessation de l'affiliation de ses éventuels ayants droit. 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.

L'affilié est tenu d'informer le Gestionnaire de tout événement susceptible d'avoir un impact sur son affiliation.



5/ Cotisations

5.a/ Détermination des cotisations

La cotisation due au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin sera intégralement à la charge de l'ancien salarié.

Conformément aux normes légales et réglementaires en vigueur, le montant des cotisations du régime « article 4 loi Evin » est limité durant les trois (3) premières années :

- 1^{ère} année : cotisation égale à 100% maximum de la cotisation des actifs (part employeur + part salarié) ;
- 2^{ème} année : cotisation égale à 125% maximum de la cotisation des actifs (part employeur + part salarié) ;
- 3^{ème} année : cotisation égale à 150% maximum de la cotisation des actifs (part employeur + part salarié).

5.b/ Modalités de règlement des cotisations

La cotisation est entièrement à la charge de l'affilié.

Cette cotisation est directement prélevée sur le compte bancaire de l'affilié selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

5.c/ Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations à l'échéance, après deux (2) tentatives de prélèvement n'ayant pas abouti, le Gestionnaire envoie, sous dix (10) jours, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure à l'affilié, en application de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité. Cette lettre informe l'affilié que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension puis la résiliation de la garantie souscrite à titre facultatif.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les quarante (40) jours, pourra engendrer l'exclusion de la couverture mise en place en application de l'article 4 de la loi Evin.



6/ Autres dispositions

A l'exception des dispositions ci-avant présentées, l'ensemble des clauses du contrat complémentaire obligatoire des actifs s'appliquent aux bénéficiaires du régime mis en place en application de l'article 4 de la loi Evin.

Néanmoins, les affiliés du régime ici présenté sont exclus du champ des bénéficiaires du fonds de solidarité.

Par ailleurs, les dispositions relatives à l'application du régime obligatoire et découlant de la qualité de salarié, ne peuvent, de facto, pas trouver à s'appliquer dans le cadre du présent régime article 4 loi Evin.

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 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.

