



Notice d'Information
Contrat complémentaire
Frais de santé
SFC SOLUTIONS
CADRES

www.umanens.fr



MUTUACONSEIL
La protection sociale à dimension humaine

umanens
L'humain a du sens

SOMMAIRE

Préambule.....	5
Objet du Contrat	5
Bénéficiaires du Contrat	5
L'affiliation au Contrat et ses modalités	6
Maintien des garanties.....	8
Cotisations	9
Cotisations	10
Les remboursements.....	11
Informations pratiques	11
Annexes.....	12
Annexe 1 Modalités d'application des garanties et tableaux des garanties.....	12
Annexe 2 Justificatifs à fournir lors de votre affiliation	15
Annexe 3 : Modalités d'application du régime « Article 4 loi Evin ».....	16
Annexe 4 : Les mots clé de la santé.....	16

Attestation de remise de la Notice d'information

Cette attestation est à compléter et à signer par le salarié puis à remettre à son Employeur. Elle doit être conservée par l'Employeur sans limite de durée et être remplacée à chaque remise d'une nouvelle Notice d'information constatant des modifications contractuelles.

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

reconnais avoir reçu la Notice d'information relative au régime frais de santé mis en place en application du régime complémentaire frais de santé souscrit par mon Employeur.

Réservé au salarié

Fait à :

Le :

Signature du salarié



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 de 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.

La présente Notice d'information précise les modalités de mise en place du régime Frais de santé souscrit par votre Employeur 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'apérateur

- 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'Hères, 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

Objet du Contrat

Le Contrat Frais de santé souscrit par votre Employeur est un contrat collectif à adhésion obligatoire, présentant également des garanties à adhésion facultative. Les garanties prévues par ce Contrat interviennent en complément des prestations Frais de santé qui vous sont versées par un Organisme d'Assurance maladie.

Il se décline en quatre (4) niveaux de garanties :

- Panier de soins +
- Confort
- Sérénité
- Premium

Votre Employeur met en place, de manière obligatoire, au moins le niveau de garanties correspondant au « Panier de soins + ». Par mesure de faveur, il pourra mettre en place le niveau de garanties « Confort », « Sérénité » ou « Premium » de manière obligatoire pour ses salariés.

Si les niveaux de garanties « Confort », « Sérénité » ou « Premium » n'ont pas été mis en place à titre obligatoire par votre

Employeur, vous aurez la possibilité d'y souscrire de manière facultative en complément du régime mis en place à titre obligatoire.

Selon le régime Frais de santé mis en place par votre Employeur, vos ayants droit peuvent être couverts à titre obligatoire ou à titre facultatif.

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 oeuvre et négocié par Umanens, 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.

Bénéficiaires du Contrat

Qui peut bénéficier du Contrat ?

Vous, en tant que salarié

Le Contrat bénéficie à l'ensemble des salariés inscrits aux effectifs de l'entreprise souscriptrice ; votre 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'obligation d'affiliation des salariés au présent Contrat s'entend sous réserve des cas de dispenses d'affiliation d'ordre public et des cas de dispense d'affiliation prévus dans l'acte juridique de mise en place du régime Frais de santé dans l'entreprise.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier des garanties mises en place par votre Employeur, vous pouvez vous prévaloir :

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

Vous ne pouvez bénéficier d'une dispense d'affiliation que si vous en faites la demande expresse auprès de votre Employeur en lui produisant, le cas échéant, toute pièce permettant de justifier que votre situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation ci-dessus définis.

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.

Vous ne bénéficierez plus de la dispense d'affiliation :

- A la date à laquelle vous n'entrerez plus dans l'un des cas de dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
- A la date à laquelle vous souhaitez renoncer à votre dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit auprès de votre Employeur.

Vos 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.

L'affiliation au Contrat et ses modalités

a. Affiliation aux garanties souscrites par votre Employeur

Votre affiliation à titre obligatoire

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

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

Quand votre affiliation prend-elle effet ?

Elle prend effet :

- à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion de votre Employeur au présent Contrat ;
- à compter de votre date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise, si vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de votre Employeur au Contrat ;
- à compter de la date à laquelle vous ne bénéficiez plus d'une dispense d'affiliation telle que définie ci-avant.

Affiliation de vos ayants droit

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

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

Vos ayants droit, tels qu'ils sont déterminés ci-avant, sont couverts à titre obligatoire par le présent Contrat.

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

Si vous souhaitez couvrir vos ayants droit à titre facultatif, vous pouvez le faire au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation.

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

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

L'affiliation de vos ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation au Contrat si la demande se fait simultanément ;
- 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.

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre facultatif : L'affiliation de vos ayants droit à titre facultatif vous engage pour une durée minimale d'une (1) année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

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

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre facultatif :

Vous pouvez dénoncer chaque année l'affiliation de vos 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 votre ayant droit

Si votre ayant droit vient à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, vous pourrez 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 votre 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 de vos ayants droit ne pourra intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de deux (2) ans, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de votre ayant droit (chômage non indemnisé, retraite,...).

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 par la présente Notice d'information.

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.

b. Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles

Quelles sont les modalités d'affiliation aux garanties optionnelles ?

Vous avez la possibilité d'améliorer pour vous-même et pour vos ayants droit, le niveau de garanties choisi par votre Employeur en demandant votre affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix que vous retiendrez pour vous-même, s'imposera d'office à vos ayants droit couverts par le Contrat.

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

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

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet 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.

Peut-on modifier l'option choisie ?

Vous pourrez modifier chaque année l'option choisie, 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, vous engage pour une période de deux (2) ans. Durant cette période, vous ne pourrez pas changer de niveau d'option, sauf en cas d'évolution de votre 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 vous sera toujours possible de dénoncer annuellement les garanties optionnelles souscrites dans les conditions

prévues ci-après.

Peut-on dénoncer l'option choisie ?

Vous pouvez 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 :

- GEREP - 4 rue de Vienne - 75008 Paris ;
- sncp.affiliation@gerep.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 correspondante 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.

Cessation de l'affiliation

Votre affiliation au Contrat cesse :

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

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

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

Vos obligations

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

Maintien des garanties

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

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

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

- maintien de garanties applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail 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.

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

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

Sont admis au bénéfice de ce dispositif :

- les anciens salariés 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 temporaire des garanties au titre de la portabilité ;
- 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 en application 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 du contrat collectif obligatoire mis en place par l'Employeur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux (2) mois suivant leur radiation du contrat collectif, sous réserve que l'Employeur l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ».

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

c. Suspension du contrat de travail indemnisée

Votre affiliation est maintenue en cas de suspension de votre contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors que vous bénéficiez, durant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, 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 votre Employeur.

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

Parallèlement, vous devez obligatoirement continuer à vous acquitter de votre propre part de cotisation.

En contrepartie, vous-même, ainsi que, le cas échéant, vos ayants droit, continuez à bénéficier des garanties prévues par le régime mis en place par votre Employeur.

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

d. Suspension du contrat de travail non indemnisée

Si votre contrat de travail est suspendu et que vous ne bénéficiez pas d'un maintien total ou partiel de salaire, du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente d'invalidité, vous ne bénéficiez pas du maintien du régime Frais de santé.

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

Elle s'achève dès la reprise effective du travail, 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 vous-même et, le cas échéant, pour vos 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 pour vous-même ni pour vos éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du Contrat.

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.

Les cotisations

cotisations forfaitaires exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

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.

Quelles sont les modalités de paiement des cotisations ?

a. Garanties souscrites par l'Employeur

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

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

b. Couverture de vos ayants droit

Cas où les ayants droit 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 votre compte bancaire du salarié, mensuellement.

c. Garanties optionnelles

La cotisation additionnelle servant au financement des garanties optionnelles pour vous-même et vos éventuels ayants droit est entièrement à votre charge.

Cette cotisation est directement prélevée sur votre compte bancaire, mensuellement. Toute adhésion aux garanties facultatives en cours de mois entraîne le paiement du mois complet.

Quelles sont les conséquences du non-paiement des cotisations ?

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

Cette lettre vous informe notamment 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.

Les garanties

Comment sont déterminées les garanties ?

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'Organisme assureur ont été fixés en accord avec ELANOVA. Le détail des prestations prévues par le Contrat est présenté en annexe à la présente Notice d'information.

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre de la réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Elles sont également conformes aux dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L. 911-7 et

D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le Contrat devra donc être mis en conformité avec les nouvelles dispositions.

Quelles sont les modalités de calcul des garanties ?

a. Montants retenus

Les garanties prévues par le Contrat sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de remboursement (« BR ») de l'Assurance Maladie obligatoire applicable au moment de la

survenance de l'événement ;

- en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (« PMSS ») ;
- en frais réels (« FR »), le montant de remboursement correspond à l'entière somme versée au titre de la prestation concernée ;
- en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros (« € »).

b. Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, le montant des prestations est calculé par référence au tarif d'autorité appliqué par les Organismes d'Assurance maladie. Le calcul de ces prestations telles qu'elles sont prévues par le tableau des garanties se fera donc sur la base du tarif d'autorité.

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

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

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

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

d. Principe indemnitaire

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

Le contrat prévoit-il d'autres services ?

Le Contrat met à votre disposition et, le cas échéant, également à la disposition de vos 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.

Les remboursements

Quelles sont les formalités de règlement des prestations ?

Les prestations sont traitées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission entre les Organismes d'Assurance maladie et le Gestionnaire), sauf opposition écrite de votre part, ou le cas échéant, de la part de votre ayant-droit, 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 vous, ou le cas échéant, votre ayant droit, avez refusé la télétransmission.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à votre charge ou le cas échéant, à celle de votre ayant droit.

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

Lors de votre affiliation, vous-même ou, le cas échéant, votre ayant droit, devez avoir fourni les documents et justificatifs nécessaires au versement des prestations.

Le Gestionnaire est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

En application des articles L. 221-11 du Code de la mutualité,

vous-même ou, le cas échéant, votre ayant droit, devez produire vos demandes de prestations dans un délai maximum de deux (2) années.

Ce délai commence à courir à compter :

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

Quels sont les délais de paiement des prestations ?

Les délais de règlement sont, en moyenne, de :

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

Les prestations sont versées :

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

Qu'en est-il des frais supplémentaires ?

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

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

Les garanties prévues par le Contrat ne sont acquises qu'aux

salariés, et, le cas échéant leurs ayants droit, affiliés à un Organisme d'Assurance maladie français.

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

Lorsque ces soins ne correspondent pas à des actes rembour-

sés par les Organismes d'Assurance maladie mais sont toutefois expressément garantis par le contrat, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, précisant à minima le montant et la nature des frais engagés.

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

Informations pratiques

a. Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente Notice d'information 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, de votre fait ou, le cas échéant, du fait de votre 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 votre action 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 vous ou, le cas échéant, votre ayant droit, ou a été indemnisé par vous-même ou par votre 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.

b. Recours contre tiers

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans vos droits et actions, ou, le cas échéant ceux de vos 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.

c. Informatique et Libertés

Les informations vous concernant ou concernant, le cas échéant, vos 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, vous, ou, le cas échéant, vos ayants droit, pouvez demander, en justifiant de votre identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information vous concernant qui figurerait sur un fichier utilisé dans le cadre du Contrat par courrier au siège du Gestionnaire : GEREP - 4 rue de Vienne - 75008 Paris.

d. Réclamation et Médiation

• 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.

• 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 :

- 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.

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.

e. Autorité de contrôle

Annexes

Annexe I: Modalités d'application des garanties et tableaux 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/maitrisé, 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.

GRILLE DE GARANTIE - SFC SOLUTIONS CADRES 100% santé

frais d'Hospitalisation	CADRES
Chirurgie - Hospitalisation	
Frais de séjour - Secteur conventionné	470% BR
Honoraires - Secteur conventionné OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Honoraires - Secteur conventionné Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR
Forfait hospitalier	100%BR
Forfait actes lourds	100% du Forfait
Chambre particulière	4% PMSS / Jour
Frais d'accompagnant (-de 12 ans)	4% PMSS / Jour
Maternité - Prime de naissance (doublée en cas de naissance gémellaire)	20% PMSS
frais médicaux	
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR
Pharmacie	
Remboursée par la Sécurité Sociale	100% BR
Analyses	470% BR
Auxiliaires médicaux	470% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO	270% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO	470% BR
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR
Orthopédie et autres prothèses (2)	Max 15 % PMSS
Transport remboursé par la S.S.	
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	470% BR
Onlays-Inlays	470% BR
Orthodontie Remboursée par la S.S.	470%BR
Orthodontie Non Remboursée par la S.S.	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	
Panier libre :	
Dents du sourire remboursées par la S.S.(5)	470%BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S.(6)	470%BR
Dents du sourire non remboursées par la S.S.(5)	470%BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S.(6)	470%BR
Actes dentaires hors nomenclature (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	450 € /actes / max 3x/an
Implantologie non remboursée par la S.S (racine et pilier - maximum 3 implants/an/bénéficiaire)	dans la limite de 20% PMSS/implant

Frais optique	
Equipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Monture du panier libre	Voir grille optique
Verres panier libre	Voir grille optique
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées ou non (y compris jetables/an/bénéficiaire)	12,5 % PMSS
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	600 €
Aide auditive	
Equipement 100% santé *	
Equipement du panier libre (forfait par période de 4 ans)	20% PMSS
Prévention et médecines douces	
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathie, Acupuncture, sevrage tabagique, Podologie, Dététique, et Psychologie	50€/ séance - 5x/an/bénéficiaire
Sevrage tabagique sur prescription médicale (forfait annuel)	-
Contraception prescrite non remboursée par la S.S (forfait annuel)	
Forfait bandelette d'autosurveillance glycémique (forfait annuel)	-
Cure thermique remboursée par la S.S (Allocation forfaitaire)	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 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 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. »*Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un 1 an pou les assuré de moins de 16 ans, par période 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 (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).

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.

Nouveau

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable

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€

Équipement		Catégorie		Transco		CADRES
Verres simple foyer, sphériques						par verre
sphère comprise entre -6 à +6		A		V SIMPLE		160,00 €
sphère hors zone - 6 à +6		C		V COMPLEXE		300,00 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques						
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4		A		V SIMPLE		160,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6		A		V SIMPLE		160,00 €
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4		C		V COMPLEXE		300,00 €
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25		C		V COMPLEXE		300,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6		C		V COMPLEXE		300,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques						
sphère comprise entre -4 à +4		C		V COMPLEXE		300,00 €
sphère hors zone de -4 à +4		F		VT COMPLEXE		350,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques						
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4		C		V COMPLEXE		300,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8		C		V COMPLEXE		300,00 €
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4		F		VT COMPLEXE		350,00 €
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25		F		VT COMPLEXE		350,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > +8		F		VT COMPLEXE		350,00 €
Équipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes						
Équipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable (hors surcomplémentaire)				B		460,00 €
Équipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable (hors surcomplémentaire)				D		510,00 €
Équipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable (hors surcomplémentaire)				E		650,00 €
Monture panier libre						Monture Garantie
Garantie						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.

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'examens 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 DEMARCHAGE

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 :

- **GEREP - 4 rue de Vienne - 75008 Paris ;**
- **sncp.affiliation@gerep.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-I, R. 871-I 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 rem-

boursement 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.