

à
des
S



RÉGIME
FACULTATIF
Ensemble
du personnel
et Loi Evin

CONDITIONS GÉNÉRALES

RÉGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTÉ

Convention collective nationale des acteurs
du lien social et familial du 4 juin 1983 – IDCC n° 1261



JANVIER 2016



Table des matières

PRÉAMBULE	4
TITRE I. Dispositions communes	5
Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat	5
Chapitre II. Membres participants et ayants droit	6
Chapitre III. Affiliation et prise d'effet des garanties	7
Chapitre IV. Suspension, maintien et terme des garanties	8
Chapitre V. Obligations des parties	9
Chapitre VI. Cotisations	10
Chapitre VII. Sauvegarde, résiliation et contrôle	11
Chapitre VII. Autres dispositions	11
TITRE II. Définition des garanties et prestations « Frais de santé »	13
Chapitre IX. Étendue des garanties	13
Chapitre X. Modalités de calcul des prestations	14
Chapitre XI. Modalités de paiement des prestations	16
ANNEXES	17
Tableau des garanties	17
Grille optique 1	19
Grille optique 2	20
Grille optique 3	21



PRÉAMBULE

Par avenant n° 02-15 du 15 juillet 2015 à la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial (ALISFA) du 4 juin 1983**, les partenaires sociaux de la branche ont fait le choix d'instaurer un régime **national obligatoire** de couverture complémentaire des frais de santé au profit de l'ensemble des salariés, justifiant d'une ancienneté consécutive de quatre mois, inscrits aux effectifs des entreprises relevant du champ d'application de ladite Convention Collective.

Cet accord prévoit un régime de base conventionnel et deux niveaux de régime optionnel. La mise en place du niveau de garantie obligatoire est laissée à l'initiative de l'entreprise. Les salariés y sont alors affiliés à titre obligatoire.

Parallèlement à leur couverture de base obligatoire, les salariés ont la possibilité :

- de couvrir leurs ayants droit tels que définis dans les présentes Conditions Générales, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de base conventionnel,
- de compléter le régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de soins de santé par l'un des deux niveaux d'options alternatives au choix pour le salarié et le cas échéant ses ayants droit.

De plus, en cas de rupture du contrat de travail, le salarié peut adhérer au régime d'accueil loi EVIN, dans les conditions fixées au chapitre 1- article 4.1 des conditions générales obligatoires.

Pour pouvoir bénéficier du régime optionnel facultatif, ou du régime d'accueil loi EVIN, les salariés doivent être affiliés ou doivent avoir été affiliés en tant que Membre participant lorsqu'ils étaient actifs, au régime de base conventionnel obligatoire de frais de soins de santé.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion organisent la mise en œuvre de ce Contrat par l'entreprise.

TITRE I

DISPOSITIONS COMMUNES

CHAPITRE I. OBJET, DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION DU CONTRAT

ARTICLE 1. OBJET

Le Contrat d'assurance collective à adhésion **facultative** est conclu entre :

- d'une part, l'entreprise dont l'activité relève de la branche **des Acteurs du Lien Social et Familial (ALISFA)**, indiquée aux Conditions Particulières, ou au certificat d'adhésion et ci-après dénommée « **Entreprise** » ;

- et d'autre part, les « **Organismes assureurs** », suivants :

- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE
- **SOLIMUT UNION**, composé de :
 - **SOLIMUT Mutuelle de France**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 383 143 617, Siège social : 47, rue Maurice Flandrin – 69003 LYON,
 - **SMH**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 301 862 769, Siège social : Parc EURASANTÉ OUEST, 310 avenue Eugène Avinée – 59120 LOOS
 - **MUTAMI**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 776 950 677, Siège social : 70 boulevard Matabiau – 31000 TOULOUSE
 - **MFC**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 783 005 655, Siège social : Résidence Plein Sud, avenue Giacobbi – 20600 BASTIA
 - **MF04-05**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 782 416 127, Siège social : 16 avenue des Arcades – 04201 SISTERON
 - **MCP**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 334 400 116, Siège social : 159 rue Jules Barni – 80000 AMIENS
 - **MCRN**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 314 765 546, Siège social : 4 Place des Jacobins – 44000 NANTES

- **SOLIMUT Centre Océan**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 781 343 249, Siège social : 66 rue du Château d'Eau – 28302 MAINVILLERS

Ces mutuelles sont co-assureurs entre elles dans le cadre de l'Union mutualiste de groupe SOLIMUT.

- **MUTEX - l'alliance mutualiste** composé de :
 - **MUTUELLE CHORUM**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419, Siège social : 56/60 rue Nationale – 75013 PARIS substituée intégralement par **MUTEX UNION**, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex
 - **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878, Siège social : 25 place de la Madeleine – 75008 PARIS
 - **APREVA**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391, Siège social : 20 boulevard Papin – BP 1173 – 59012 LILLE.
 - **EOVI MCD**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176, Siège social : 44 rue de Copernic – 75016 PARIS
 - **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS
 - **OCIANE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085, Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex
 - **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre du dispositif MUTEX-l'alliance mutualiste. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution à **MUTEX**.

Le contrat à adhésion facultative est obligatoirement souscrit auprès de l'organisme assureur librement choisi par l'entreprise pour la souscription du contrat principal.

Ces deux contrats collectifs constituent l'ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé de Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial (ALISFA) du 4 juin 1983.

L'organisme assureur ainsi retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise, des salariés et des ayants droit des salariés, et est ci-après dénommé « l'organisme assureur », le cas échéant représenté par « l'organisme gestionnaire ».

Ce Contrat a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale en remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ainsi que les prestations prévues au titre du Contrat à adhésion obligatoire et ce au profit des salariés et le cas échéant leurs ayants droit ou au profit des anciens salariés ou des ayants droit des salariés décédés, qui ont librement choisi d'adhérer au présent contrat.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les salariés et le cas échéant leurs ayants droit, ainsi que les anciens salariés ou les ayants droit des salariés décédés dûment affiliés bénéficient du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur auquel ils sont affiliés.

Les résultats de l'ensemble des contrats souscrits par les entreprises de la branche font l'objet d'une mutualisation dans le cadre d'une convention liant les organismes assureurs qui précise les modalités d'établissement des comptes de cette mutualisation.

ARTICLE 2. DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION

Le Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières, ou Certificat d'Adhésion.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre suivant la date de sa souscription.

Il est ensuite reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie selon les modalités définies à l'article 16 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Disposition Spéciale :

En cas de révision de la Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial (ALISFA) du 4 juin 1983, sous réserve de la parution au Journal Officiel de l'agrément de l'avenant de révision entraînant, une modification du présent Contrat, notamment des taux de cotisation, celle-ci sera proposée par les organismes assureurs à la Commission Paritaire Nationale de Négociation, et sera formalisée par voie de lettre avenant ou d'avenant signé par les parties.

CHAPITRE II. MEMBRES PARTICIPANTS ET AYANTS DROIT

MEMBRES PARTICIPANTS

Pour l'application du Contrat à adhésion facultative, il faut entendre par **Membres participants** :

- les bénéficiaires du Contrat principal, à savoir l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail, justifiant d'une ancienneté consécutive de quatre mois, et inscrits à l'effectif de l'Entreprise à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés

au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale et qu'ils formulent leur demande d'affiliation dans les conditions définies à l'article 3 du présent Contrat.

- les ayants droit du Membre participant tels que définis ci-après, qui peuvent bénéficier de l'affiliation au régime Frais de santé, au même niveau de garanties que le Membre Participant, par le biais du présent Contrat à adhésion **facultative**.
- les personnes affiliées au régime général, à la mutualité sociale agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale, et désignées ci-après en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux:
 - ✓ les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au Contrat collectif obligatoire souscrit par l'entreprise au bénéfice de ses salariés, et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la cessation 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 mois** suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le maintien prévu à l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale;
 - ✓ les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six 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 tel que prévu à l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale;
 - ✓ les personnes garanties du chef du Membre participant décédé, pendant une durée **minimale de douze mois** à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant le décès du Membre participant.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande sauf preuve contraire de l'assuré du non respect par l'organisme assureur du délai de deux mois précédemment cité.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Chaque salarié, ses ayants droit, ou ancien salarié ou ayants droit du salarié décédé dûment affilié acquiert la qualité de « **Membre participant** » de l'organisme assureur, partie aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion joints ou au Bulletin Individuel d'Affiliation retourné avec mention de l'accord de l'organisme assureur sur l'acceptation de l'affiliation, dont relève l'Entreprise dans laquelle il est ou a été salarié.

AYANTS DROIT

On entend par ayant droit du Membre participant :

> **son conjoint**

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation, à condition de ne pas exercer d'activité professionnelle,
- la personne vivant en couple sans être mariée avec l'assuré (union libre) ou pacte civil de solidarité (Pacs) à condition d'être à sa charge effective, totale et permanente (une seule personne peut être désignée ayant droit au titre de ces deux premières définitions).

> ses enfants à charge

Les enfants fiscalement à charge du salarié sont rattachés à leurs parents assurés en qualité d'ayant droit sous certaines conditions :

- un enfant de moins de 16 ans à la charge d'un de ses parents ou des deux peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux (double rattachement),
- un enfant de 16 à 20 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux s'il remplit au moins une des conditions suivantes :

- être à la poursuite d'études,
- être en apprentissage,
- être dans l'incapacité permanente de travailler (infirmité ou maladie chronique),
- vivre avec l'assuré depuis 12 mois au moins et être à sa charge exclusive, totale et permanente.

- un enfant de 20 à 26 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux s'il ne bénéficie pas à titre personnel d'un régime de protection sociale et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- être inscrit dans un établissement d'enseignement
- recherche d'un premier emploi ou inscrit à Pôle Emploi
- avoir dû interrompre ses études primaires, secondaires ou technologiques pour cause de maladie.

CHAPITRE III. AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

ARTICLE 3. MODALITÉS D'AFFILIATION, PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION

3.1. MODALITÉS D'AFFILIATION ET PRISE D'EFFET

- Pour les adhésions aux options facultatives, le salarié exprime librement sa volonté d'être affilié au Contrat, et le cas échéant d'affilier ses ayants droit dans les conditions définies à l'article 3.2, pour le même niveau de garanties, sous réserve d'en formuler la demande lors de son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire principal.
- Pour les salariés présents à l'effectif de l'entreprise à la date d'effet du Contrat, les garanties prennent effet dès lors qu'ils ont exprimé leur volonté d'être affilié au Contrat à adhésion facultative.
- Pour les salariés embauchés postérieurement à cette date, les garanties prennent effet dès lors que celles prévues au contrat obligatoire débutent et qu'ils ont exprimé leur volonté d'être affiliés au Contrat à adhésion facultative.

Par la suite, chaque salarié qui n'aurait pas choisi d'être affilié à la date d'effet du Contrat ou lors de son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire principal, conserve la possibilité d'être affilié au Contrat facultatif au 1^{er} janvier de chaque exercice, sous réserve d'en formuler la demande par écrit, dans les conditions prévues au présent article, auprès de l'organisme assureur dont relève son employeur, au plus tard le 31 octobre de l'exercice en cours, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Cependant, **en cas de changement de situation de famille ou de situation administrative**, le Membre participant, s'il est salarié, a la possibilité de s'affilier au Contrat en cours d'année, lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- Mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), concubinage ou fin de concubinage,
- Naissance ou adoption d'un enfant, reconnaissance de paternité,

- Changement de situation professionnelle du conjoint, partenaire de PACS ou concubin entraînant l'adhésion,
- Décès d'un ayant droit.

La demande doit être adressée à l'organisme assureur dans les **deux mois suivant la survenance de l'événement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

L'affiliation prendra alors effet dès le premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Pour les adhésions relevant du régime d'accueil, une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Evin » et le cas échéant, aux personnes garanties du chef du Membre participant décédé, au plus tard dans un délai **de deux mois** à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les deux mois suivant le décès du salarié **à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur dans les meilleurs délais.**

L'ancien salarié exprime alors librement sa volonté d'être affilié au présent Contrat, pour le même niveau de garanties dont il bénéficiait à titre obligatoire en tant que salarié, sous réserve du respect des délais mentionnés au paragraphe définissant les Membres participants.

L'affiliation est formalisée par un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par le Membre participant, le bulletin devant être remis à l'organisme assureur par l'intermédiaire de l'Entreprise ou directement adressé à l'organisme assureur le cas échéant.

Dans tous les cas, l'affiliation prend effet après acceptation expresse de l'organisme assureur formalisée par l'émission d'un certificat ou le cas échéant après avoir retourné le Bulletin Individuel d'Affiliation marquant son accord pour la prise d'effet des garanties et la date retenue. En tout état de cause, elles prennent effet sous réserve du paiement de la cotisation concernant les Membres participants, et le cas échéant leurs ayants droit.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est postérieure à la date de prise d'effet de l'affiliation peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

3.2. MODALITÉS D'AFFILIATION DES AYANTS DROIT ET PRISE D'EFFET

Les ayants droit déclarés par le Membre participant salarié en même temps que sa propre affiliation bénéficient des garanties à la même date d'effet.

En cas d'évènement conférant la qualité d'ayant droit au sens du contrat, (mariage, pacs, naissance,...), l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant salarié par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'évènement.

Dans tout autre cas, l'adjonction d'un ayant droit ne pourra donner lieu à garantie qu'à effet du 1^{er} janvier de l'année, sous réserve d'être déclaré au plus tard le 31 octobre qui précède.

Le Membre participant salarié peut demander la radiation d'un de ses ayants droit (lui-même et ses éventuels autres ayants droit restant garantis) à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception **au moins deux mois avant cette date.**

3.3. FACULTÉ DE RENONCIATION

Le Membre participant peut renoncer au bénéfice du Contrat à adhésion facultative, par lettre recommandée avec avis de réception pendant un délai de **rente jours calendaires** révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

La renonciation entraîne de plein droit la restitution par l'organisme assureur de l'intégralité des cotisations versées par le Membre participant dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, sous déduction des éventuelles prestations versées.

3.4. RÉSILIATION DE L'AFFILIATION

a) Résiliation à l'échéance annuelle

Le Membre participant peut demander à résilier son affiliation au présent Contrat, en adressant à l'organisme assureur une demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception **au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours conformément aux dispositions de l'article 16.**

Changement de situation de famille

En cas de changement de situation de famille, le Membre participant s'il est salarié, a la possibilité de résilier son affiliation au présent Contrat, pour les mêmes motifs que ceux lui permettant de s'affilier en cours d'année.

La demande du Membre participant doit être adressée à l'organisme assureur dans les **deux mois suivant la survenance de l'événement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

La résiliation prendra alors effet rétroactivement à la date de l'événement, sous réserve qu'aucune prestation n'ait été versée.

La résiliation vaut tant pour le Membre participant que pour ses ayants droit.

Toute demande de résiliation est considérée comme définitive.

Par exception à ce principe et sous réserve que le présent contrat soit toujours en vigueur, une nouvelle affiliation pourra être acceptée par l'assureur :

- en cas de changement de situation de famille ou de chômage du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin dûment justifié,
- dans tous les autres cas, à condition que la radiation à l'affiliation précédente soit effective depuis plus de deux ans.

b) Résiliation en raison de la modification des droits et obligations du Membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations du Membre participant, l'entreprise est tenue d'en informer chaque Membre participant en lui remettant une notice d'information ou un additif établi(e) à cet effet par l'organisme assureur.

Tout Membre participant peut ainsi, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

CHAPITRE IV. SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES

ARTICLE 4. SUSPENSION DES GARANTIES

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties, dans les conditions prévues à l'article 13 « Défaut de paiement des cotisations » du présent contrat.

ARTICLE 5. MAINTIEN DES GARANTIES

5.1. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

La suspension des garanties prévues au Contrat Obligatoire entraîne la suspension des présentes garanties qui lui sont impérativement liées.

En cas de suspension du contrat de travail d'un Membre participant donnant lieu à indemnisation, dans les conditions énoncées au Contrat Obligatoire, les garanties définies aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion sont maintenues, pendant toute la durée de suspension du contrat de travail, **sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.**

En cas de suspension du contrat de travail du Membre participant ne donnant pas lieu à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur, dans les conditions énoncées au Contrat Obligatoire, **les garanties du Membre participant sont suspendues de plein droit**, pour lui-même et ses ayants droit, à la date de la suspension du contrat de travail et **aucune cotisation n'est due au titre du Membre participant concerné.**

Le Membre participant dont la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à maintien des garanties comme indiqué ci-dessus peut toutefois demander à bénéficier, à titre **facultatif**, du maintien des garanties décrites dans le Contrat, pour lui-même et ses ayants droit, conformément aux conditions définies en Annexe I-A du Contrat obligatoire et **sous réserve du maintien des garanties du contrat obligatoire.**

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail et, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande.

En tout état de cause, les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant la période de suspension des garanties ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du Contrat.

5.2 ANCIENS SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET INDEMNISÉS PAR PÔLE EMPLOI

En application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies aux présentes Conditions Générales, dans les conditions définies au contrat Principal pour le maintien des garanties collectives obligatoires, sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés **à l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- l'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;

- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire qu'ils bénéficient, à la date de cessation de leur contrat de travail, du régime de frais de santé prévu aux présentes Conditions Générales.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié (terme du délai de préavis, effectué ou non), et se prolonge pendant une durée égale à la période d'indemnisation 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 dernier employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder **douze mois**.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations notamment) pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité ainsi qu'à leurs ayants droit, le cas échéant.

Le bénéfice du maintien des garanties est étendu aux ayants droit dès lors qu'ils étaient bénéficiaires de l'extension facultative prévue au contrat à adhésion facultative, à la date de cessation du contrat de travail.

ARTICLE 6. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du Contrat cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations par le Membre Participant, à l'issue de la procédure prévue à l'article 13 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;
- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du Membre participant salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date de cessation du contrat de travail du Membre participant salarié (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits ;
- à la date de résiliation de l'affiliation par le Membre participant effectuée dans les conditions prévues à l'article 3.4 « Résiliation de l'affiliation » des présentes Conditions Générales. La résiliation de l'adhésion est considérée comme définitive ;
- pour les Membres participants salariés, à la date de résiliation du présent Contrat ;
- Pour les ayants droit du Membre participant salarié :
 - à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayants droit ;
 - à la même date que la résiliation du Membre participant salarié,
- pour les Membres participants du régime d'accueil :
 - à la date de résiliation du contrat par l'entreprise sous réserve des adhésions en cours à la date de résiliation qui sont maintenues.
 - à l'issue d'un délai de 12 mois à compter de leur adhésion pour les ayants droit garantis du chef d'un Membre participant décédé.

En cas de résiliation du contrat, l'entreprise et l'organisme assureur pourront, à la demande de l'entreprise, convenir des modalités de transfert des personnes garanties par le présent contrat.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

La cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du Membre participant entraîne à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre au profit de ses ayants droit.

CHAPITRE V. OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 7. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

> Membres participants salariés

L'affiliation du Membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis, via l'entreprise, par l'organisme assureur.

Sont indiqués sur ce document, les ayants droit déclarés par le Membre participant. Celui-ci adresse ce bulletin à l'organisme assureur dont relève son entreprise, soit lors de la prise d'effet du présent Contrat collectif, soit lors de son entrée en fonction dans le cas d'une embauche postérieure à la date d'effet du Contrat, soit en cours d'année en cas de changement de situation familiale. Dans ce cas, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'évènement.

En outre, chaque Membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au Contrat, de fournir à l'organisme assureur ou gestionnaire toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Le salarié donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur retenu (procédure Noémie).

Toute modification intervenant dans la situation familiale du Membre participant doit être formulée par écrit, en complétant un Bulletin Individuel de Modification, à l'organisme assureur ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

> Membres participants du régime d'accueil

L'adhésion de l'ancien salarié ou des personnes garanties du chef du salarié décédé ne pourra produire ses effets que sous réserve du paiement de la cotisation correspondante et dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis par son ancien employeur ou par l'organisme assureur.

En outre, chaque Membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au Contrat, de fournir à l'organisme assureur gestionnaire toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

L'ancien salarié ou la personne garantie du chef du salarié décédé donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur retenu (procédure Noémie).

Chaque Membre participant est couvert au niveau des garanties dont il bénéficiait à titre obligatoire en tant qu'actif ou, le cas échéant, au niveau de couverture dont le salarié décédé bénéficiaire à titre obligatoire dans son entreprise.

Après avoir complété le bulletin individuel d'affiliation, le Membre participant l'adresse à son organisme assureur accompagné des pièces justificatives.

ARTICLE 8. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

> Changement d'activité

Dans le cas où l'entreprise change d'activité, ne relève plus de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial (ALISFA) du 4 juin 1983**, celle-ci devra le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois après ledit changement. Les organismes assureurs se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'article 16 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

> Information des Membres participants

Les organismes assureurs s'engagent 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.

La Notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

L'entreprise est tenue de remettre à chaque Membre participant un exemplaire de la Notice d'information établie par l'organisme assureur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, l'entreprise est également tenue de les en informer en leur remettant une Notice dûment actualisée ou un additif établi à cet effet par les organismes assureurs et d'informer par écrit les Membres participants des modifications apportées à leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la Notice d'information au Membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au Contrat incombe à l'entreprise.

ARTICLE 9. OBLIGATIONS DE L'ORGANISME ASSUREUR

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés au plus tard dans le délai de **deux mois** à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale (à condition que l'organisme assureur ait été informé par l'entreprise de la cessation du contrat de travail, dans les meilleurs délais).

Pour les ayants droit d'un salarié décédé, l'employeur informe l'organisme assureur de la date de l'événement. Celui-ci adresse une proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de **deux mois** à compter du décès (à condition que l'organisme assureur ait été informé par l'entreprise du décès, dans les meilleurs délais).

CHAPITRE VI. COTISATIONS

ARTICLE 10. ASSIETTE DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

ARTICLE 11. STRUCTURES DE COTISATIONS

Elle est fixée par **salarié isolé**.

Dans le cas de l'adhésion optionnelle uniquement :

Par ailleurs, si le Membre participant opte, de façon **facultative**, pour

la couverture de ses ayants droit, une cotisation « **Conjoint/Enfant** » est retenue en sus de la cotisation « **Salarié** ».

- Cotisation « **Conjoint ou assimilé** » qui couvre de façon **facultative**, le conjoint du Membre participant, ou à défaut son partenaire de PACS ou concubin, tels que définis au chapitre II « Ayants droit » du présent Contrat ;
- Cotisation « **Enfant** » qui couvre de façon **facultative**, le(s) enfant(s) à charge, tels que définis au chapitre II « Ayants droit » du présent Contrat. (gratuité de la cotisation additionnelle à compter du 3^e enfant à charge).

L'affiliation du Membre participant entraîne l'affiliation à la même date de l'ensemble de ses ayants droit déclarés, tels que définis au chapitre II « Ayants droit » des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 12. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion.

Cette cotisation est payable :

- ▶ soit par le souscripteur pour la cotisation du salarié et la cotisation des enfants (précompte), sur la base obligatoire choisie par l'entreprise,
- ▶ soit par le Membre participant pour lui-même et le cas échéant ses ayants droits, s'il souscrit des garanties supérieures à base obligatoire, ou s'il bénéficie du contrat d'accueil loi EVIN,
- ▶ et dans tous les cas pour son conjoint ayant droit.

12.1 PAIEMENT DES COTISATIONS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Les cotisations afférentes à l'adhésion facultative du Membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit – à l'exclusion de celles relatives aux enfants, pour la couverture obligatoire dans l'entreprise – sont payées exclusivement par le Membre participant.

12.2 PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ENTREPRISE

Le Souscripteur assurant le précompte des cotisations de son salarié et éventuellement de ses enfants, il est seul responsable de leur paiement en totalité et la cotisation est payable trimestriellement à terme échu.

Elle est exigible le 10^e jour suivant le début de chaque trimestre civil avec ajustement en fin d'année.

ARTICLE 13. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

13.1 PAIEMENT DES COTISATIONS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, le Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation peut être exclu.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion et celle de ses ayants droit des garanties définies au présent Contrat.

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

13.2 PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ENTREPRISE

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance l'organisme assureur adresse éventuellement une lettre de relance puis il adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe l'entreprise des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Lors de la mise en demeure, le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au présent Contrat.

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

ARTICLE 14. RÉVISION DES COTISATIONS

Il est convenu entre les parties de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre.

On entend par équilibre un ratio prestations dues au titre d'une année civile (prestations versées dans l'année, y compris les variations de provisions pour sinistre à payer) sur les cotisations perçues au titre de cette même année (nettes d'indemnités de gestion, de la TSA dite « taxe CMU » et de la TSCA), inférieur ou égal à 1.

A cette fin, les taux de cotisation sont indexés au 1^{er} janvier de chaque année, sur le dernier indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) connu.

Cette indexation ne dispense pas la Commission Nationale Paritaire de Prévoyance de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial (ALISFA) du 4 juin 1983**, dans l'hypothèse où les comptes de résultats sont déficitaires, de renégocier les conditions de retour à l'équilibre du Contrat.

Lorsque le risque se trouve aggravé du fait d'une sinistralité importante enregistrée au cours de l'année civile écoulée ou à la suite de nouvelles dispositions réglementaires ou législatives faisant évoluer notamment, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, ou les impôts, taxes et contributions de toute nature, les organismes assureurs peuvent proposer les mesures à prendre pour restaurer l'équilibre du Contrat, soit par la mise en place d'un nouveau taux de cotisation, soit par le réaménagement des garanties, soit les deux.

Ces mesures seront formalisées par voie d'avenant au Contrat.

En ce qui concerne le régime d'accueil, dès lors que les modalités de la recommandation définies par l'avenant n° 02-15 du 15 juillet 2015 sont dénoncées, l'organisme assureur auprès duquel est souscrit le présent contrat se réserve, alors, le droit de procéder, annuellement, à la révision des cotisations pour garantir l'équilibre propre audit régime.

CHAPITRE VII. SAUVEGARDE, RÉSILIATION ET CONTRÔLE

ARTICLE 15. SAUVEGARDE DU CONTRAT

Les garanties et les cotisations définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature de l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015.

Conformément à l'article 14 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des contributions employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'organisme assureur ne pourront s'en trouver aggravés.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base des présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion joints.

ARTICLE 16. RÉSILIATION

Le présent Contrat étant indissociable du contrat principal couvrant les salariés à titre obligatoire, il ne peut être résilié indépendamment. La résiliation du Contrat principal emporte par voie de conséquence la résiliation du présent contrat à la même date d'effet, dans les conditions de forme et délais rappelés ci-après.

Le Contrat peut être résilié à la demande de l'entreprise, à chaque échéance annuelle. Pour être recevable, la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge.

ARTICLE 17. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 09.

CHAPITRE VIII. AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 18. PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où les organismes assureurs en ont 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 Membre participant ou de ses ayants droits contre les organismes assureurs 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 Membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'organisme assureur; demande en justice, même en référé; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'organisme assureur ou gestionnaire à l'entreprise, ou au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'entreprise, le Membre participant ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 19. DÉCLARATION ET APPRÉCIATION DU RISQUE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par le Membre participant, servent de base à la garantie. L'organisme assureur ou gestionnaire se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

ARTICLE 20. SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du Membre participant ou des ayants droit victime d'un accident, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

ARTICLE 21. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

En vertu des dispositions de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, l'entreprise et les Membres participants disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives les concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs gestionnaires.

Ce droit d'accès et de rectification peut s'exercer en s'adressant au siège de l'organisme assureur dont relève l'entreprise.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations sont nécessaires à la mise en œuvre des garanties auxquelles le Membre participant peut prétendre.

Ces informations sont uniquement transmises aux tiers sollicités pour des besoins de gestion de prestations.

ARTICLE 22. RÉCLAMATION ET LITIGE/MÉDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend le Membre participant.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées :

- à **APICIL Prévoyance** – Relations Clients – Groupe APICIL – 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE
- à **SOLIMUT Mutuelle de France** – 447, avenue de Jouques – 13785 Aubagne Cedex
- à **MUTEX** : à la mutuelle désignée par les conditions particulières.

selon l'organisme assureur mentionné au contrat d'adhésion.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées :

- Pour APICIL Prévoyance au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 Paris.
- Pour MUTEX, au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les conditions particulières.
- Pour SOLIMUT Mutuelle de France, au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les conditions particulières.

Le médiateur peut être saisi uniquement **après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations** propres à chaque organisme assureur ou gestionnaire, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisation ou encore les procédures de recouvrement).

TITRE II

DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

La garantie s'applique en complément de celle objet du contrat principal.

CHAPITRE IX. ÉTENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 23. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

On entend par **frais médico-chirurgicaux** ceux reconnus comme tels par la Sécurité sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement au titre du Contrat, sauf dérogations expressément indiquées dans le tableau des garanties prévu à l'annexe I des présentes Conditions Générales (s'agissant en tout état de cause de spécialités ou actes à caractère thérapeutique, non liés au confort ou à l'esthétique).

ARTICLE 24. DISPOSITIFS « PANIER DE SOINS MINIMAL » ET « CONTRAT RESPONSABLE »

Les dispositions du Contrat s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation relatives :

- d'une part au « panier de soins minimal » définies aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- d'autre part, au « contrat responsable », définies 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 « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

Dans le respect des dispositions ci-dessus, le contrat prend en charge :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, y compris celles relatives à la prévention. Cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie. Néanmoins elle peut être prévue au tableau de garanties ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.322-8 I du Code de la Sécurité sociale ;
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée, **(sous réserve des exclusions suivantes) : - les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS] ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD,**

ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)

- ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.

- les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins prévu par la convention nationale médicale (avenant n° 8 à la convention médicale nationale publié au JO du 6 décembre 2012). Si le contrat le prévoit, cette prise en charge s'effectue dans la double limite :
 - de 100 % de la base de remboursement (et par exception de 125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016)
 - et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement,

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

- les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations (couramment dénommé tarif de responsabilité ou tarif opposable) ;
- l'équipement d'optique médicale composé d'une monture et deux verres tous les deux ans. Si cette prise en charge est supérieure au ticket modérateur, le niveau de couverture doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que des minima et des maxima énoncés à l'article R871-2 3 du Code de la Sécurité sociale.

Cette période de 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier équipement. Cette période peut donc être différente entre le membre participant et chacun de ses ayants droit.

Toutefois, le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an :

- pour les bénéficiaires de moins de 18 ans,
- et quel que soit l'âge du bénéficiaire, en cas d'évolution de la vue nécessitant un changement de verres.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application des textes réglementaires (nature des produits délivrés et date de cette délivrance).

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur gestionnaire.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat peut prévoir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Dans ce cas, les règles de prises en charge sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plafond, plancher, délai de renouvellement).

- Les verres dits « simples » ou « à simple foyer » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries.
- Les verres dits « complexes » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et à verres multi focaux ou progressifs.
- Les verres dits « hyper complexes » correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé d'un verre simple et d'un verre complexe, ou d'un verre simple et d'un verre hyper complexe, ou d'un verre complexe et d'un verre hyper complexe.

ARTICLE 25. TERRITORIALITÉ

Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

CHAPITRE X. MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

ARTICLE 26. MONTANTS RETENUS

Prestation exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale

Lorsque la limitation est exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale, le plafond retenu est celui en vigueur à la date de survenance de la dépense ou de l'événement.

Montants des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par les organismes assureurs sont égaux :

- aux montants indiqués sur les décomptes originaux de remboursements de la Sécurité sociale,
- à défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la feuille de soins destinée à la Sécurité sociale,
- à défaut, aux montants résultant de l'application de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Lentilles

La prestation lentilles est prise en charge dans la **limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire**. Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

Chirurgie réfractive de l'œil

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle s'entend par œil.

Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes chirurgicaux de ce type, dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire.

L'opération de la cataracte ne sera pas prise en compte dans le cadre de la chirurgie réfractive de l'œil mais dans le cadre des actes de chirurgie classique.

26.1 DENTAIRE

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement, un devis.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Prothèses

Une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles (dents du sourire).

Les dents visibles sont les incisives, les canines et premières prémolaires. Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 et 24 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 (bas).

Les **dents non visibles (dents du fond de bouche)** telles que les molaires et les deuxièmes prémolaires ne font l'objet d'aucune majoration de remboursement. Il s'agit des dents portant les numéros : 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48 (bas).

26.2 APPAREIL AUDITIF

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un **forfait annuel en euros supplémentaire par oreille tous les deux ans**.

Une limite maximum d'un équipement (deux oreilles) est prévue tous les deux ans, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui peuvent bénéficier d'un autre équipement supplémentaire dans ce délai de deux ans en cas de modification de leur audition.

Maternité

Les frais médico-chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) à l'occasion de la maternité du membre participant, sont pris en charge dans les conditions indiquées dans le tableau des garanties prévu aux Conditions Particulières.

Les soins et frais indemnisés au titre de l'assurance Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement sont garantis par extension des risques médico-chirurgicaux.

Sont couverts à ce titre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation, l'ensemble des frais d'analyses et d'examens en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

ARTICLE 27. DISPOSITION POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE

Si parmi les membres participants affiliés au Contrat, certains relèvent du régime local Alsace Moselle, les organismes assureurs tiendront compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

ARTICLE 28. PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder

le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

CHAPITRE XI. MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 29. FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont traitées :

- par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite de l'assuré;
- sur présentation du décompte établi par la Sécurité sociale.

La demande doit être accompagnée des pièces et des justificatifs originaux (note d'honoraires; facture originale détaillée établie sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom du membre participant; décomptes originaux des règlements du régime obligatoire de la Sécurité sociale).

Pour les actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale, le membre participant devra adresser à l'organisme assureur de sa structure les originaux des factures et notes d'honoraires acquittés.

Lors de l'affiliation, le membre participant fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Ces pièces sont conservées par les organismes assureurs qui sont en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai de six mois, lequel commence à courir à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations.

ARTICLE 30. DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties sont servies dans un délai maximum de **quarante-huit heures** en échange NOEMIE ou de **cinq jours ouvrés** à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par les organismes assureurs, hors flux NOEMIE.

Les prestations sont versées soit directement aux membres participants (par virement sur compte bancaire), soit aux professionnels de santé si le membre participant a fait usage du tiers payant.

ANNEXE

TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES	REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS SOUS DÉDUCTION DU REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SAUF LES FORFAITS EN €		
	RÉGIME CONVENTIONNEL MINIMAL OBLIGATOIRE (ALTERNATIVE 1)	OPTION 1 Y COMPRIS RÉGIME CONVENTIONNEL (ALTERNATIVE 2)	OPTION 2 Y COMPRIS RÉGIME CONVENTIONNEL (ALTERNATIVE 3)

FRAIS D'HOSPITALISATION

AVEC UNE LIMITE ANNUELLE DE 25 % DU PASS PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE POUR LE NON CONVENTIONNÉ (HORS TICKET MODÉRATEUR).

Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Honoraires CAS (*): Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), Actes Techniques Médicaux (ATM), Actes d'obstétrique (ACO)	220 % BR	220 % BR	220 % BR
Honoraires Non CAS (*): Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), Actes Techniques Médicaux (ATM), Actes d'obstétrique (ACO)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires frais de séjour non conventionnés CAS ou Non CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais hospitalier et Forfait actes lourds	Frais réels : actuellement 18 €/jour	Frais réels : actuellement 18 €/jour	Frais réels : actuellement 18 €/jour
Chambre particulière/jour			
Conventionnée	2 % PMSS	3 % PMSS	3 % PMSS
Non conventionnée	Non couverte	Non couverte	3 % PMSS
Personne accompagnante			
Conventionnée	1,5 % PMSS	1,5 % PMSS	1,5 % PMSS
Non conventionnée	Non couverte	Non couverte	1,5 % PMSS

FRAIS MÉDICAUX

Consultations - visites Généralistes CAS	120 % BR	140 % BR	220 % BR
Consultations - visites Généralistes Non CAS	100 % BR	120 % BR	200 % BR
Consultations - visites Spécialistes CAS	220 % BR	220 % BR	220 % BR
Consultations - visites Spécialistes Non CAS	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Pharmacie remboursée à 65 %, à 30 % et 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la Ss	1,5 % PMSS/an/bénéficiaire	1,5 % PMSS/an/bénéficiaire	3 % PMSS/an/bénéficiaire
Analyses et examens biologie	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC), Actes Techniques Médicaux (ATM) CAS (*)	145 % BR	145 % BR	220 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC), Actes Techniques Médicaux (ATM) Non CAS (*)	125 % BR	125 % BR	200 % BR
Radiologie CAS (*): Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE)	120 % BR	120 % BR	195 % BR
Radiologie Non CAS (*): Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE)	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Orthopédie et autres prothèses	175 % BR	175 % BR	275 % BR
Prothèses auditives [1]	10 % PMSS/oreille (maximum 1 prothèse/oreille/an/bénéficiaire) et au minimum le Ticket Modérateur	20 % PMSS/oreille (maximum 1 prothèse/oreille/an/bénéficiaire)	30 % PMSS/oreille (maximum 1 prothèse/oreille/an/bénéficiaire)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS SOUS DÉDUCTION
DU REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SAUF LES FORFAITS EN €

GARANTIES	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE MINIMAL OBLIGATOIRE (ALTERNATIVE 1)	OPTION 1 Y COMPRIS RÉGIME MINIMAL OBLIGATOIRE (ALTERNATIVE 2)	OPTION 2 Y COMPRIS RÉGIME MINIMAL OBLIGATOIRE (ALTERNATIVE 3)
-----------	---	---	---

DENTAIRE

LIMITÉ À 3 PROTHÈSES/AN/BÉNÉFICIAIRE (ÉQUIVALENT SPR 50). AU DELÀ, GARANTIE À CELLE DU DÉCRET N° 2014 1025.

Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Onlays-Inlays	170 % BR	200 % BR	250 % BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	250 % BR	250 % BR	350 % BR
Refusée par la Sécurité sociale	Non couverte	Non couverte	250 % BR
Prothèses dentaires			
Remboursées: dents du sourire	370 % BR	470 % BR	470 % BR
Remboursées: dents de fond de bouche	270 % BR	320 % BR	370 % BR
Inlays-cores	170 % BR	200 % BR	250 % BR
Parodontologie	Non couverte	Non couverte	5 % PMSS/an/bénéficiaire
Implantologie	Non couverte	12 % PMSS/an/bénéficiaire	12 % PMSS/an/bénéficiaire

FRAIS D'OPTIQUE

POUR LES MINEURS: VERRES+MONTURE ET LENTILLES/AN/BÉNÉFICIAIRE
POUR LES ADULTES: VERRES+MONTURE UNE PAIRE TOUTS LES 2 ANS

Verres et Montures (**)	Grille optique 1	Grille optique 2	Grille optique 3
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3 % PMSS/an/bénéficiaire	6 % PMSS/an/bénéficiaire	7 % PMSS/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive	22 % PMSS/œil	22 % PMSS/œil	32 % PMSS/œil

ACTES DIVERS

Cures thermales (hors thalassothérapie) acceptées par la Sécurité sociale	5 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS
Médecine douce (Ostéopathie, Etiopathie, Acupuncteur, Homéopathie)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	3x25 €/an/bénéficiaire	5x25 €/an/bénéficiaire	5x50 €/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse /bénéficiaire	Non couverte	Non couverte	100 €/an/bénéficiaire

ACTES DE PRÉVENTION

Tous les actes des contrats responsables	Oui au ticket modérateur	Oui au ticket modérateur	Oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac	2 % PMSS/an/bénéficiaire	2 % PMSS/an/bénéficiaire	4 % PMSS/an/bénéficiaire

Tableau de garanties en l'état des codifications de la Ss, non exhaustif et susceptible d'être adapté afin de respecter les obligations issues des contrats responsables.

(1) Remboursement au minimum du Ticket Modérateur.

* Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins.

** Pour les enfants (-18 ans): 1 équipement annuel. Pour les adultes (+18 ans): 1 équipement tous les 2 ans sauf si évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel. La durée s'apprécie en fonction de l'acquisition de l'équipement.

LEXIQUE

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Son évolution est consultable sur: www.securite-sociale.fr

CAS = Contrat d'Accès aux Soins.

GRILLE 1

MINEURS < 18 ANS				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRIQUES				
Sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €
Sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €
Cylindre > +4 sphère -6 ou +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €
Sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €
Sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €
MONTURE				
Enfant	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €
ADULTES				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRIQUES				
Sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	100,00 €
Sphère < -10 ou > +10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	125,00 €
VERRES SIMPLE Foyer, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	85,00 €
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €
Cylindre > +4 sphère -6 ou +6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	135,00 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	150,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €
Sphère < -4 ou > +4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	175,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €
Sphère < -8 ou > +8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	200,00 €
MONTURE				
Adulte	2 223 342	2,84 €	1,70 €	130,00 €

Dans les deux grilles, le remboursement s'entend par verre.

LPP = Liste des Produits et Prestations.

GRILLE 2

MINEURS < 18 ANS				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRIQUES				
Sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €
Sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < + 4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €
Cylindre < + 4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €
Cylindre > + 4 sphère -6 ou +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €
Cylindre > + 4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	130,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	120,00 €
Sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	140,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	150,00 €
Sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	170,00 €
MONTURE				
Enfant	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €
ADULTES				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRIQUES				
Sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	90,00 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	110,00 €
Sphère < -10 ou > +10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130,00 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < + 4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100,00 €
Cylindre < + 4 sphère < -6 ou > +6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	120,00 €
Cylindre > + 4 sphère -6 ou +6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	140,00 €
Cylindre > + 4 sphère < -6 ou > +6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	160,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	180,00 €
Sphère < -4 ou > +4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	200,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	210,00 €
Sphère < -8 ou > +8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	230,00 €
MONTURE				
Adulte	2 223 342	2,84 €	1,70 €	150,00 €

Dans les deux grilles, le remboursement s'entend par verre.

LPP = Liste des Produits et Prestations.

GRILLE 3

MINEURS < 18 ANS				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRIQUES				
Sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	85,00 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	105,00 €
Sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	125,00 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	95,00 €
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	115,00 €
Cylindre > +4 sphère -6 ou +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	135,00 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	155,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	170,00 €
Sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	190,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	200,00 €
Sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	220,00 €
MONTURE				
Enfant	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €
ADULTES				
TYPE DE VERRE	CODE LPP	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT ASSUREUR
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRIQUE				
Sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	125,00 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	145,00 €
Sphère < -10 ou > +10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	165,00 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	135,00 €
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	155,00 €
Cylindre > +4 sphère -6 ou +6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	175,00 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	195,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES				
Sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	250,00 €
Sphère < -4 ou > +4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	270,00 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES				
Sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	280,00 €
Sphère < -8 ou > +8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	300,00 €
MONTURE				
Adulte	2223 342	2,84 €	1,70 €	150,00 €

Dans les deux grilles, le remboursement s'entend par verre.

LPP = Liste des Produits et Prestations.

LEXIQUE

- La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :
 - couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
 - prothèses supra implantaire : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
 - bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.
- La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

BR: Base de Remboursement de la Sécurité Sociale : Le montant défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

TM: Ticket Modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale avant application de la participation forfaitaire ou de la franchise qui ne sont pas remboursés par l'assureur.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par le souscripteur. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. Son évolution est consultable sur : www.securite-sociale.fr.

FR: Frais Réels : Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.



Comme vous!

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – 38 rue François PEISSEL – 69300 CALUIRE-ET-CUIRE



SOLIMUT, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 383 143 617, Siège social : 447, avenue de Jouques – 13785 AUBAGNE Cedex



MUTEX, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 37 302 300 euros, enregistrée au RCS de NANTERRE sous le n° 529 219 040, Société régie par le Code des Assurances
Siège social : 125, avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex