



Devenez acteur de
votre protection familiale





La Mutuelle Générale
La sécurité d'une grande mutuelle

Acteur majeur de l'Economie Sociale, La Mutuelle Générale protège plus d'un 1,3 million de personnes.

Partenaire des groupes Orange et La Poste depuis plus de 65 ans, elle intervient sur le marché des particuliers et des entreprises et s'est forgée une solide expérience dans le domaine de la santé, de la prévoyance et de l'action sociale.

www.lamutuellegenerale.fr



Protéger c'est s'engager

Humanis
L'expertise d'un professionnel

Groupe paritaire et mutualiste à but non lucratif, Humanis figure parmi les tout premiers groupes de protection sociale en retraite complémentaire, prévoyance, santé, épargne et Activités sociales. Humanis puise ses valeurs dans l'économie sociale et entend toujours mieux protéger l'ensemble de ses clients.

Humanis est aujourd'hui au service de 700 000 entreprises adhérentes et protègent plus de 10 millions de personnes.

www.humanis.com

Le présent livret a valeur de notice d'information au sens de l'article L932-6 du Code de la Sécurité sociale.

L'ensemble du régime de prévoyance décrit dans ce livret fait l'objet d'un contrat de prévoyance de groupe souscrit par Orange auprès des organismes assureurs ci-après :

La Mutuelle Générale

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au RNM sous le n° 775 685 340

Humanis Prévoyance

Institution régie par le Code de la Sécurité sociale

La répartition des risques entre les organismes assureurs s'effectue dans les proportions suivantes :

La Mutuelle Générale : 50 %

Humanis Prévoyance : 50 %

Humanis Prévoyance a été désignée comme société apéritrice.

Régime de prévoyance des salariés de droit privé du Groupe

Le groupe Orange a mis en place des régimes de protection sociale au profit de ses salariés de droit privé.

Ces régimes sont composés :

- d'une couverture complémentaire de remboursements de Frais de Soins de Santé,
- d'une couverture Prévoyance qui regroupe les garanties Décès, Rente de Conjoint, Rente Éducation, Incapacité et Invalidité.

Le groupe Orange a confié la gestion de ces régimes à La Mutuelle Générale et Humanis.

Vous voulez :

- recevoir votre carte de tiers payant ;
- demander une prise en charge en cas d'hospitalisation ;
- obtenir un devis dentaire ou optique ;
- vous renseigner sur vos remboursements en cours ;
- géolocaliser un professionnel de santé du réseau Carte Blanche.

Contactez



La Mutuelle Générale

TSA 10391
94281 Le Kremlin Bicêtre cedex

Tél. : **0 800 013 131** Service & appel gratuits

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Fax : **01 70 70 41 47**

E-mail : **orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr**

Internet : **www.lamutuellegenerale.fr**,
rubrique Mon Espace Adhérent.

Vous voulez :

- vérifier votre affiliation ;
- communiquer votre changement d'adresse ;
- informer d'une modification de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, naissance, chômage du conjoint...) ;
- choisir ou modifier une équivalence ;
- modifier la liaison informatique Sécurité sociale Mutuelle (système Noémie).

Contactez



Humanis Équipe Orange

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

Tél. : **N°Cristal 0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi de 8h à 18h

Fax : **01 58 82 40 70**

E-mail : **prevoyance@humanis.com**

Internet : **www.humanis.com**

Les décès nous sont déclarés par les Responsables des Ressources Humaines ou l'assistante sociale ; ce sont donc vos premiers interlocuteurs sur ces sujets.

Sommaire

Votre couverture complémentaire santé	7
Conditions d'admission	8
Personnes garanties	9
Le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS, s'il exerce une activité rémunérée	9
Parcours de soins coordonnés et contrats responsables	9
Frais d'hospitalisation	11
Frais de maladie, cure, naissance	12
Quelques mots sur Carte Blanche	14
Frais d'optique	15
Frais dentaires	16
Risques exclus	17
Prescription	17
Comment obtenir une prise en charge, le versement des prestations ou un devis ?	17
Documents à joindre à vos demandes de remboursements	19
Votre compte personnel "Mon Espace Adhérent"	20
Réclamations - Médiation	20
Protection des données à caractère personnel	21
Prospection commerciale par voie téléphonique	21
Autorité de contrôle	21
Votre régime de prévoyance à équivalences	22
Les choix possibles	25
Quand choisir ?	25
Quand modifier votre choix ?	25
Comment choisir ou modifier votre choix ?	25
Choix de l'équivalence	26
L'équivalence A	27
L'équivalence B : capital	28
L'équivalence C : rentes de conjoint	29
L'équivalence D : rente pour enfant	30
Les garanties du régime à équivalences	31
Capital Décès	31
Majoration du capital Décès par enfant à charge	31
Capital supplémentaire en cas d'accident	31
Décès simultané du salarié et du conjoint par accident	32
Rente pour enfant	32
Rentes de conjoint	32
Loi Eckert	32
Incapacité-Invalidité	33
Revalorisation	34
Capital supplémentaire Invalidité 2° ou 3° catégorie	34
Allocation décès - Frais d'obsèques	34
Suspension et cessation des garanties	34
Quelques définitions	35
Rémunération annuelle	35
Bénéficiaire en cas de décès	35
Enfants à charge	35
Maintien des garanties	36
Invalidité absolue et définitive	36
Risques exclus et limitation des garanties	37
Décès et Invalidité 3° catégorie	37
Incapacité - Invalidité	37
Comment obtenir le versement des prestations ?	38
Décès du salarié	38
Décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS et décès d'un enfant à charge avant le salarié	38
Incapacité temporaire	38
Invalidité	38
Infirmité permanente accidentelle	38
Contrôle - Expertise	39
Prescription	39
Réclamations - Médiation	39
Protection des données à caractère personnel	40
Prospection commerciale par voie téléphonique	40
Autorité de contrôle	40
Annexe	41

Santé

Votre couverture complémentaire santé

Conditions d'admission.....	8
Personnes garanties.....	9
Le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS, s'il exerce une activité rémunérée.....	9
Parcours de soins coordonnés et contrats responsables.....	9
Frais d'hospitalisation.....	11
Frais de maladie, cure, naissance.....	12
Quelques mots sur Carte Blanche.....	14
Frais d'optique.....	15
Frais dentaires.....	16
Risques exclus.....	17
Prescription.....	17
Comment obtenir une prise en charge, le versement des prestations ou un devis ?.....	17
Documents à joindre à vos demandes de remboursements.....	19
Votre compte personnel "Mon Espace Adhérent".....	20
Réclamations - Médiation.....	20
Protection des données à caractère personnel.....	21
Prospection commerciale par voie téléphonique.....	21
Autorité de contrôle.....	21

Votre couverture complémentaire santé



Votre couverture complémentaire santé offre un niveau élevé de prestations. Les remboursements complètent ceux de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de tout autre organisme **dans les limites précisées pour chaque acte médical. Les remboursements en multiples du montant remboursé par la Sécurité sociale s'entendent sur la base du régime général de la Sécurité sociale.**

Votre complémentaire santé respecte le cahier des charges des contrats responsables.

Elle ne peut donc rembourser la part des dépenses laissée à votre charge que dans le cadre des dispositions prévues par ce texte.

Les garanties sont acquises pour les seules dépenses engagées à compter de votre inscription au régime complémentaire santé. En cas de radiation, seules les dépenses engagées jusqu'à la date de radiation sont prises en charge.

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, un accident du travail, un accident de la vie privée ou une maladie professionnelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge, après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes assureurs s'appliquent dans la limite de chaque garantie ; vous pouvez vous adresser à l'organisme assureur de votre choix.

Bénéficier du régime souscrit par Orange vous permet d'accéder, grâce à votre carte d'assuré social Vitale et à votre carte de tiers payant La Mutuelle Générale/ Almérys / Carte Blanche, aux réalisations sanitaires et sociales mutualistes, présentes sur tout le territoire* ainsi qu'à l'ensemble des Professionnels de santé de Carte Blanche**.

Ces réalisations, auxquelles vous avez accès par l'intermédiaire de La Mutuelle Générale, poursuivent trois objectifs :

- fournir une gamme complète de soins adaptés à vos besoins ;
- favoriser l'accès de tous à des soins médicaux et paramédicaux de qualité ;
- jouer un rôle modérateur sur les coûts de la santé.

Par ailleurs, votre adhésion vous permet d'accéder également à 174 centres de loisirs-vacances.

* Liste des réalisations disponible sur : www.lamutuellegenerale.fr • rubrique : Mon Espace Adhérent > Services et avantages > Être guidé et se simplifier la vie > Le tiers payant près de chez vous

** Liste des réalisations et prestataires du réseau Carte Blanche disponibles sur : www.lamutuellegenerale.fr • rubrique : Mon Espace Adhérent.

Conditions d'admission

Salarié en activité

Tout salarié en activité bénéficie obligatoirement de la couverture santé, sous réserve des dispenses prévues dans l'accord Groupe ou dans le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015.

Expatrié

En cas d'expatriation, vous bénéficiez du même niveau de garanties que celles en vigueur pour le personnel du Groupe travaillant en France, à condition que vous soyez affilié à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE). Avant votre départ, l'employeur vous remet pour information complémentaire "l'additif au livret d'information du salarié expatrié".

Suspension du contrat de travail

Vous pouvez conserver la couverture complémentaire santé en acquittant une cotisation spécifique en cas de suspension du contrat de travail (congé sans solde, congé parental, congé formation, congé sabbatique) ou pour une création d'entreprise.

Vous pouvez vous procurer le formulaire d'adhésion et les tarifs sur www.prevoyons.com ou auprès de :

Humanis
CP 240
303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9.

Téléphone :  **N° Cristal 0 969 39 72 72**
APPEL NON SURTAXÉ
du lundi au vendredi de 8h à 18h

Télécopie : 01 58 82 40 70
e-mail : prevoyance@humanis.com



Maintien des garanties Santé

Pour éviter toute rupture dans votre protection sociale entre le moment où votre contrat de travail se termine et celui où vous reprenez un emploi, vous avez la possibilité de maintenir les garanties Frais de santé du régime Groupe dont vous bénéficiiez en tant que salarié, en application de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (portabilité).

Cotisations

Les anciens salariés (et le cas échéant leurs ayants droit) bénéficient du maintien des garanties santé sans paiement de cotisation, sous réserve de remplir les conditions de maintien des garanties.

Prestations

Les prestations santé restent celles du régime Groupe. En cas de modification du régime santé Groupe pendant la période de maintien des garanties, celles-ci sont modifiées dans les mêmes conditions.

Conditions de maintien des garanties Santé

- vous devez avoir bénéficié des garanties Santé pendant votre contrat de travail,
- vous devez bénéficier du droit à indemnisation par l'assurance chômage,
- vous devez adresser à Humanis les justificatifs nécessaires au maintien des droits conformément au tableau ci-dessous

Justificatifs à adresser à Humanis	Délai / périodicité
Le formulaire "Bulletin Individuel d'Affiliation - Maintien des garanties santé" qu'Humanis vous adresse à réception de l'information relative à la fin/cessation de votre contrat de travail	dès réception du formulaire et au plus tard dans les 15 jours suivant la fin de votre contrat de travail
La "Notification d'ouverture des droits" que vous adressera Pôle emploi	dès réception de la notification et au plus tard dans les 3 mois suivant la fin de votre contrat de travail
L' "Attestation des périodes indemnisées" que vous adressera Pôle emploi (également téléchargeable sur le site de Pôle emploi)	chaque mois

Effet et durée du maintien Santé

Le maintien des garanties santé prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail pour une durée égale à celle de votre contrat de travail (ou des contrats consécutifs) et au maximum 12 mois. Le maintien se poursuit, dans les limites indiquées ci-dessus, tant que vous bénéficiez de l'indemnisation par l'assurance chômage et justifiez auprès d'Humanis de cette indemnisation.

Il vous appartient de fournir les justificatifs listés dans le tableau ci-dessus à Humanis.

Le maintien des garanties santé cesse :

- à la date de reprise d'une activité salariée, ou d'arrêt d'indemnisation par l'assurance chômage,
- en cas de non production à Humanis des justificatifs nécessaires au maintien des garanties santé,
- au terme de la durée de maintien à laquelle vous êtes éligible.

Conséquences pour votre conjoint

- si votre conjoint était bénéficiaire des garanties en tant qu'ayant droit de votre adhésion : cette disposition continue à s'appliquer tant que dure votre propre maintien de garanties.
- si votre conjoint était bénéficiaire des garanties en tant que cotisant : son adhésion poursuit ses effets, à titre individuel, tant que dure votre propre maintien de garanties et que ses cotisations sont réglées.

Article 4 Loi Evin

Au terme de la période de maintien ou dans le cas où vous ne remplissez pas les conditions énumérées ci-dessus, vous pouvez choisir de conserver les garanties Frais de santé en souscrivant à titre individuel (en application de l'article 4 de la Loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989) et pour une cotisation spécifique. Dans ce cas, votre conjoint peut également bénéficier des garanties Frais de santé moyennant une cotisation supplémentaire.

Le formulaire d'adhésion et les tarifs sont disponibles auprès de :

Humanis
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9
ou sur www.prevoyons.com

Personnes garanties

- le salarié ;
- son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS, n'exerçant pas d'activité rémunérée et ne percevant ni d'indemnités journalières, ni de pension de retraite, ni de rente d'invalidité.
La reprise d'activité doit être notifiée à l'organisme assureur dès le changement de situation. Le bénéfice de la couverture à titre gratuit prend fin le premier jour du mois qui suit la reprise ;
- les enfants à charge du salarié. Ont la qualité d'enfants à charge du salarié, ses enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis par lui à son propre foyer et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, de son concubin, ou de son partenaire lié par un PACS, à condition que le salarié ou son conjoint en ait la garde, ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le versement d'une pension alimentaire :
 - s'ils sont âgés de moins de 20 ans sans condition,
 - ou s'ils sont âgés de 20 ans à moins de 26 ans et :
 - poursuivent leurs études ou sont à la recherche d'un premier emploi,
 - sont sous contrat de formation en alternance et perçoivent une rémunération inférieure au SMIC,
 - ou, sans limite d'âge, s'ils sont en état d'incapacité de travail.L'état d'incapacité de travail est celui qui entraîne une impossibilité physique temporaire ou permanente et consécutive à une maladie ou un accident, de se procurer des revenus par l'exercice d'une profession quelconque.
 - ou, sans limite d'âge, s'ils sont handicapés et perçoivent à ce titre l'allocation aux adultes handicapés (loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [article 95]).
- l'ascendant à charge du salarié vivant sous le toit du salarié.
Chaque fin d'année, vous serez interrogé sur votre situation de famille afin de bien garantir l'ensemble de votre famille l'année suivante.

Le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS, s'il exerce une activité rémunérée*

- Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS peut :
- s'il perçoit un revenu au titre d'une activité professionnelle,
 - ou s'il perçoit des indemnités journalières, une pension de retraite ou une rente d'invalidité, à la condition qu'il ait au préalable bénéficié des garanties en qualité de conjoint à charge ou conjoint cotisant, adhérer à titre individuel moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle forfaitaire.

Il suffit de compléter le bulletin d'adhésion que vous pouvez vous procurer ainsi que les tarifs auprès de :

Humanis
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9
ou sur www.prevoyons.com

L'intéressé pourra bénéficier de la couverture complémentaire santé dans les mêmes conditions de garantie que les salariés :

- le premier jour de son affiliation :
 - si celle-ci intervient au plus tard dans les trois mois qui suivent l'affiliation du salarié (ou le mariage, le concubinage, la conclusion d'un PACS avec le salarié) et dans les mêmes conditions de garantie que celui-ci,
 - si celle-ci est consécutive à la couverture santé accordée à titre gratuit (conjoint à charge) dans le cadre du contrat collectif,
- après six mois d'affiliation pour les frais d'optique (lunettes et lentilles**), la chirurgie réfractive, les frais de prothèses** et implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale et les frais de naissance, si son affiliation intervient plus de trois mois après celle du salarié (ou son mariage, son concubinage, ou la conclusion d'un PACS avec le salarié). Les autres postes sont garantis le premier jour de son affiliation.

* Les Travailleurs Non Salariés peuvent bénéficier de ces dispositions.

** sous réserve de l'application du contrat responsable

Parcours de soins coordonnés et contrats responsables

Le contrat répond aux obligations définies par la loi du 13 août 2004 pour être "responsable".

Définition du parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés consiste pour l'assuré (âgé de plus de 16 ans) à choisir et désigner à sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) un médecin traitant qu'il consulte en premier lieu en cas de problème de santé. Si cela s'avère nécessaire, c'est le médecin traitant qui orientera l'assuré vers un autre praticien spécialiste (médecin correspondant). Si l'assuré respecte cette procédure de consultations, il est considéré "dans le parcours de soins" ; sinon, notamment s'il consulte un autre praticien sans passer par son médecin traitant, il est considéré "hors parcours de soins".

Situations particulières

L'assuré n'est pas considéré "hors parcours de soins" s'il consulte un médecin autre que son médecin traitant dans les cas suivants (sous réserve d'avoir déclaré un médecin traitant au préalable) :

- lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;
- en cas d'urgence ;
- lorsque les actes et consultations sont assurés par le médecin remplaçant du médecin traitant ;
- lorsqu'il consulte directement un médecin généraliste installé depuis moins de cinq ans ;

- les psychiatres et neuropsychiatres (uniquement pour les patients âgés de 16 à 25 ans) ;
- les ophtalmologues, pour la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contacts, des actes de dépistage et suivi du glaucome ;
- les gynécologues, pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse ;
- les stomatologues, sauf pour les actes chirurgicaux lourds.

Il existe par ailleurs des exceptions au parcours de soins. En cas de consultation relevant des spécialités suivantes, vous ne serez pas considéré "hors parcours de soins", que vous ayez déclaré un médecin traitant ou pas :

- les chirurgiens dentistes ;
- les auxiliaires médicaux ;
- les laboratoires ;
- les pharmaciens.

Pour plus de précision, nous vous conseillons de consulter les informations disponibles sur le site www.ameli.fr, rubrique Assurés > Soins et remboursements > Comment être remboursé.

Contrats Responsables

Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales est venu modifier le cahier des charges des garanties que les contrats devront respecter pour être qualifiés de responsables.

En conséquence et afin de répondre à ces exigences réglementaires, **les garanties ont été modifiées au 1^{er} mars 2016.**

Garanties

Les garanties décrites dans la présente notice sont adaptées au cahier des charges du contrat responsable.

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'institution prendra en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'Assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont remboursés selon les conditions du contrat, si celui-ci les prévoit.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables.

L'institution ne rembourse pas :

- conformément à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale ;
- conformément à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité sociale).

Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

- dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,
- OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)/OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique),
- et NON OPTAM/OPTAM-CO.

Le dispositif de CAS, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS - OPTAM/OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

Actes de prévention

Les organismes assureurs prennent en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention listés dans l'arrêté du 8 juin 2006, détaillés ci-après :

- **scellement prophylactique des puits, sillons et fissures**, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et **avant le 14^e anniversaire** ;
- **détartrage annuel complet** sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ;
- **bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit** à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé **chez un enfant de moins de 14 ans** ;
- **dépistage de l'hépatite B** ;
- **dépistage** une fois **tous les cinq ans**, des **troubles de l'audition** chez les personnes âgées de **plus de 50 ans**, pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale,
 - audiométrie tonale avec tympanométrie,
 - audiométrie vocale dans le bruit,
 - audiométrie tonale et vocale,
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- **acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance maladie pour les femmes de plus de 50 ans une fois tous les 6 ans** ;
- **les vaccinations suivantes, seules ou combinées** :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges),
 - coqueluche et hépatite B (avant 14 ans),
 - BCG (avant 6 ans),

- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
- haemophilus influenzae B,
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Contribution forfaitaire et franchises

La contribution forfaitaire à la charge des salariés, instaurée par la réforme de l'Assurance maladie pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, fixée à 1 € et limitée à 4 € par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé, n'est pas prise en charge par les organismes assureurs.

Les franchises médicales, instituées par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008, sur chacun des produits et actes suivants :

- boîte de médicaments (0,50 € par boîte de médicaments), à l'exclusion des boîtes de médicaments délivrées au cours d'une hospitalisation,
- acte effectué par un auxiliaire médical (0,50 € par acte paramédical dans la limite de 2 €/jour), à l'exclusion des actes effectués au cours d'une hospitalisation,
- transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi (2 € par transport sanitaire, dans la limite de 4 €/jour), ne sont pas prises en charge par les organismes assureurs.

Frais d'hospitalisation

(1)

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale
MR : montant remboursé par la Sécurité sociale

(2)

« OPTAM/OPTAM-CO » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/l'OPTAM-CO.

(3)

PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins Exercice 2018 : 3 311 €. Vous pourrez consulter le montant actualisé du PMSS au 1^{er} janvier de chaque année en vous connectant à l'adresse suivante : www.securite-sociale.fr > La Sécurité sociale en chiffres > Principaux barèmes > Plafond de la Sécurité sociale.

Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme	
HÔPITAL CONVENTIONNÉ OU NON CONVENTIONNÉ	
Frais de séjour	100 % des frais réels, dans la limite de 400 % du MR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	médecins OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾
	100% des frais réels dans la limite de 400 % du MR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	médecins NON OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾
	100% du Ticket Modérateur + dépassements d'honoraires dans la limite de 125 % du MR
Forfait hospitalier	100 % des frais réels dans la limite de 20 €/ jour
Frais de transport terrestre	100 % des frais réels dans la limite du ticket modérateur (BR-MR)
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 2,5 % du PMSS ⁽³⁾ , soit 82,78 €
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100 % des frais réels dans la limite de 2 % du PMSS, par jour, soit 66,22 €

■ **Les frais d'hospitalisation liés à la naissance ou l'adoption qui font l'objet d'un versement forfaitaire de 40 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale sont exclus.**

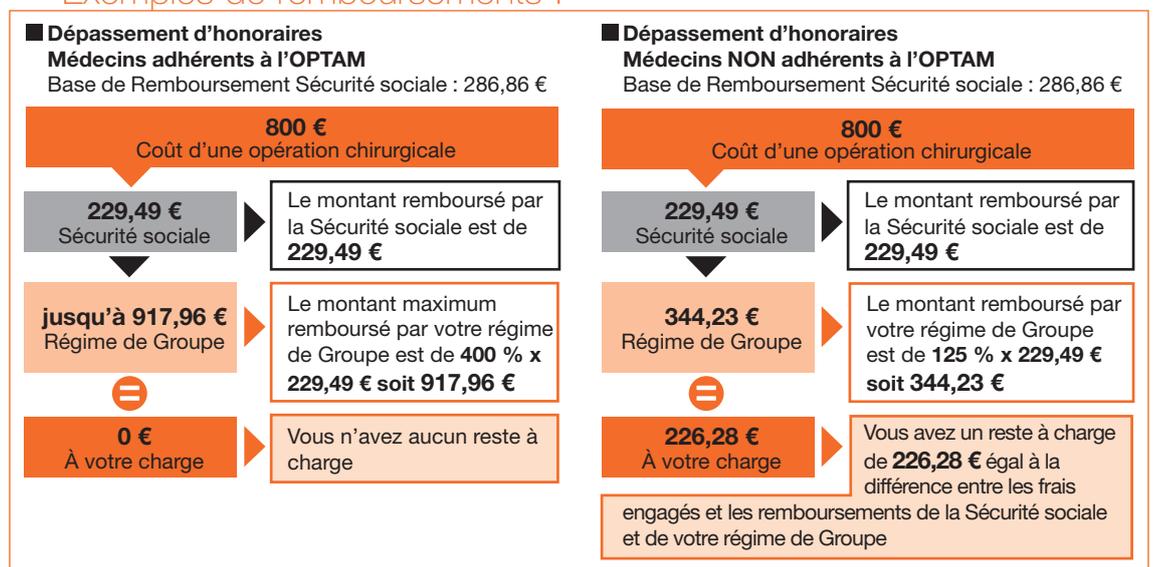
■ **Etablissements non conventionnés :**

Il s'agit d'établissements très peu nombreux (71 sur la France, soit 2,28 % du total des établissements) qui n'ont pas signé de convention avec l'Assurance maladie. Dans ce cas, les remboursements de la Sécurité sociale sont fortement réduits. Compte tenu de leur très faible nombre, il n'est pas

prévu de remboursement complémentaire spécifique pour cette catégorie d'établissements.

Le Tiers payant La Mutuelle Générale/Almérys/Carte Blanche ne s'applique qu'aux frais d'hospitalisation. Les dépenses personnelles (lit d'accompagnement) ne bénéficient pas du Tiers payant. Vous devrez acquitter les factures correspondant à ces dépenses personnelles pour vous les faire rembourser par La Mutuelle Générale sur présentation des justificatifs. Les dépenses d'ordre strictement personnel (TV, téléphone...) ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge par La Mutuelle Générale.

Exemples de remboursements :



Frais de maladie, cure, naissance

(1) Hors parcours de soins, la prise en charge est limitée à 80% des frais réels, plafonnée à 100% du MR pour les généralistes, à 150% du MR pour les spécialistes et à 200% du MR pour les actes techniques effectués par les médecins.

(2) Les franchises médicales fixées depuis 2008 sont de 0,5 € par boîte de médicament, 2 € par transport et soins effectués par des auxiliaires médicaux

(3) La participation forfaitaire est fixée à 1 € depuis 2005 sur les consultations et sur les actes de radiologie et biologie

(4) OPTAM/OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/ l'OPTAM-CO.

(5) MR : montant remboursé par la Sécurité sociale

(6) PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins Exercice 2018 : 3 311 €

(7) Il n'est versé qu'un seul forfait par naissance

		Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme	
Frais de maladie		PARCOURS DE SOINS RESPECTÉ ⁽¹⁾ ET ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS LES FRANCHISES MÉDICALES ⁽²⁾ ET LA PARTICIPATION FORFAITAIRE ⁽³⁾ NE SONT PAS REMBOURSÉES	
Consultation - Visite :		médecins OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁴⁾	médecins NON OPTAM/ OPTAM-CO ⁽⁴⁾
• Généraliste		100% des frais réels dans la limite de 200 % du MR ⁽⁵⁾	100 % des frais réels dans la limite de 171,42 % du MR
• Spécialiste, professeur		100% des frais réels dans la limite de 250% du MR	100 % des frais réels dans la limite de 185,71 % MR
Actes techniques, électrothérapie, radiologie		100% des frais réels dans la limite de 400% du MR	
Analyses, Auxiliaires médicaux		100% des frais réels dans la limite de 400% du MR	
Prothèses auditives		100% des frais réels dans la limite de 540% du MR	
Autres prothèses médicales, orthopédie		100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR	
Ostéodensitométrie		100% des frais réels dans la limite de 31 € par an	
Pharmacie		100% des frais réels dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)	
Ostéopathe - chiropracteur - psychologue - diététicien - sophrologue, sous réserve que le praticien dispose d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au registre du commerce		30 € par séance dans la limite de 4 séances par an	
Frais de cures thermales acceptés par la Sécurité sociale		1 % du PMSS ⁽⁶⁾ , par jour, dans la limite de 21 jours, soit 33,11 €	
Frais de naissance ou d'adoption (y compris l'hospitalisation)		forfait égal à 40% du PMSS par enfant ⁽⁷⁾ à l'exclusion de tout autre remboursement, soit 1 324,40 €	

* quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est limitée à 100% de la BR.

OPTAM/OPTAM-CO

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que le médecin est signataire ou non du dispositif OPTAM/OPTAM-CO.

Objectif : favoriser l'accès aux soins des assurés en incitant les professionnels de santé à limiter le taux de dépassement d'honoraires et réduire le reste à charge des assurés.

Que ce soit pour l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, les signataires s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires, stabiliser voire réduire leur taux de dépassement et développer leur part d'activité à tarif opposable.

Professionnels non conventionnés : lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du contrat sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Pour savoir si un praticien est signataire ou non du dispositif, rendez-vous sur annuaire.sante.ameli.fr.

Exemples de remboursements :

(*)

ce remboursement ne prend jamais en charge la participation forfaitaire de 1€ prélevée sur le montant remboursé par la Sécurité sociale. Le remboursement Groupe ne peut excéder les frais réels engagés.

■ Consultation d'un généraliste OPTAM/OPTAM-CO

Base de Remboursement Sécurité sociale : 25 €
Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.



■ Consultation d'un généraliste NON OPTAM/OPTAM-CO

Base de Remboursement Sécurité sociale : 23 €
Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.



Exemples de remboursements :

(*)

ce remboursement ne prend jamais en charge la participation forfaitaire de 1€ prélevée sur le montant remboursé par la Sécurité sociale. Le remboursement Groupe ne peut excéder les frais réels engagés.

■ Consultation d'un spécialiste OPTAM/OPTAM-CO

Base de Remboursement Sécurité sociale : 30 €
Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.
Consultation d'un spécialiste sur avis du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins.



■ Consultation d'un généraliste NON OPTAM/OPTAM-CO

Base de Remboursement Sécurité sociale : 23 €
Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.
Consultation d'un spécialiste sur avis du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins.



Pharmacie

Les médicaments sont remboursés dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), s'il existe pour cette classe de médicaments, c'est-à-dire sur la base du prix du médicament générique correspondant au médicament prescrit.

Exemple :

- Médicament de marque prescrit 5 €
- TFR (prix moyen des génériques pour cette classe de médicaments) 3,13 €
- Reste à charge**
- si choix du médicament de marque 1,87 €
(5 - 3,13)
- si choix du médicament générique 0 €

Naissance ou adoption

Les frais médicaux, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, pris en charge partiellement par la Sécurité sociale au titre de la maternité **ne font pas l'objet de remboursement. Toutefois, un versement forfaitaire de 40 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale soit 1 324,40 € (valeur 2018) est attribué à la naissance sur simple envoi d'un extrait d'acte de naissance.**

Pour chaque naissance ou adoption, il est versé un seul forfait.

Néanmoins, en cas d'intervention chirurgicale (césarienne) les frais sont pris en charge au titre de la garantie "Chirurgie-Hospitalisation médicale".

Vous pouvez consulter le détail des dispositifs de l'Assurance maladie (participation forfaitaire, médecin traitant, parcours de soins, coordination de soins, protocole de soins, ...) sur le site :

www.ameli.fr



Quelques mots sur Carte Blanche

La santé gagnante !

Le régime du Groupe Orange vous ouvre les portes du réseau Carte Blanche. Vous bénéficiez des avantages et des services proposés par le premier réseau de professionnels de santé, partout en France avec plus de 178 644 partenaires.

Vos soins facilités, votre budget maîtrisé. Depuis janvier 2018, les réseaux Carte Blanche vous donnent accès partout en France, à plus de 178 644 partenaires, dont 7 587 opticiens, 1 032 audioprothésistes, 7 183 chirurgiens-dentistes et 838 ostéopathes.

Concrètement, vous disposez d'une carte de tiers payant estampillée Carte Blanche qui permet aux professionnels de vous identifier (ainsi que vos ayants droit).

Notre conseil : n'oubliez pas de présenter votre carte chaque fois que nécessaire !

LA MUTUELLE GÉNÉRALE - ORANGE
TSA 10391
94201 LE KREMLIN BICÊTRE CEDEX
Tel : 0 800 01 31 31 (Service & appel gratuits)

almerys
Tel Praticiens : 0 825 826 214
Fax PEC : 0 825 826 196

Numéro AMC 775 685 340 Période de validité 01/01/2018 au 31/12/2018
Type de Conv/CSR MU / 001 N° de carte 20170123456789
N° NNI 1741275670880 N° de télétransmission/DRE 98532001
Editée le 05/12/2017 Adhésion 2000123456 / CMC50

BÉNÉFICIAIRE - NOM - PRÉNOM QUALITÉ - DATE DE NAISSANCE	N° NNI	codes DRE/STS	TP	NOE	SE*	060 PHAR	060 MG*	060 MS*	060 BIO	060 RAD*	060 AUX	060 SDENT	021 TRA
MARTIN Jean 10012345670 Assuré	1741275670880		NON	OUI		100%S	190%A	200%B	400%R	200%C	400%R	300%R	100%
MARTIN Marie 10012345671 Ayant droit	2760675560253		NON	OUI		100%S	190%A	200%B	400%R	200%C	400%R	300%R	100%
MARTIN Emma 10012345672 Ayant droit	1741275670880		NON	OUI		100%S	190%A	200%B	400%R	200%C	400%R	300%R	100%
MARTIN Theo 10012345673 Ayant droit	1741275670880		NON	OUI		100%S	190%A	200%B	400%R	200%C	400%R	300%R	100%

S: LPPR 400% du remboursement SS R: du RBSS si CAS ou OPTAM (A:200% du RBSS; B:250% du RBSS; C:400% du RBSS)
* Si respect du parcours de soins.
PEC hospitalisation via almerys. PEC optique, dentaire et audioprothèse via CBPEC 0 969 396 639 (Appel non surtaxé)
N° SIREN : 775685340 - MUTUELLE SOUSMISE AU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ

Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour en bénéficier.



4 avantages immédiats :

1. Vous réalisez des économies (notamment sur les postes optique et dentaire...),
2. Vous n'avancez pas de frais,
3. Vous recevez des soins de qualité,
4. Enfin tout en gardant le libre choix de votre professionnel de santé, vous savez qui et où consulter.

En savoir plus sur Carte Blanche :

Rendez-vous sur www.lamutuellegenerale.fr et cliquez sur

Mon Espace Adhérent >

Vous pouvez accéder à l'annuaire des professionnels de santé et à leur géolocalisation mis à votre disposition sur votre espace adhérent dans la rubrique "Services et avantages/être guidé et se simplifier la vie/les opticiens Carte Blanche près de chez vous : optique de qualité à des tarifs avantageux."

Vous avez besoin d'une nouvelle carte de tiers payant ? Téléchargez-la depuis votre espace adhérent puis imprimez-la chez vous.

Frais d'optique

(*)

(*) les garanties du régime Orange restent exprimées pour les verres en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) sans pouvoir excéder le montant des plafonds de garanties des contrats responsables exprimés en €. Exercice 2018 : 3 311 €

NATURE DES FRAIS		PRESTATIONS	
Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.			
En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge par le régime ne pourra excéder 150 €.			
GARANTIES PLAFONNÉES PAR VERRE SELON LES CRITÈRES DU CONTRAT RESPONSABLE ET DU CONTRAT ORANGE			
typologie des verres selon le contrat groupe Orange et correspondance avec typologie selon les critères des contrats responsables		Plafonds de garanties de VERRES, par verre et HORS MONTURES	
		Type de verres	Contrat Orange suivant PMSS 2018 (*)
N°11	simple foyer, de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	simple	4 % PMSS soit 132,44 €
N°21	simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à + 4 et de sphère allant de - 6 à + 6 dioptries	simple	4 % PMSS soit 132,44 €
N°12	simple foyer, de sphère allant de -6.25 à -10 ou de + 6.25 à + 10 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 248,33 €
N°13	simple foyer, de sphère située en dehors de la zone -10 à + 10 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 248,33 €
N°22	simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à +4 et de sphère située en dehors de la zone allant de -6 à + 6 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 248,33 €
N°23	simple foyer, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 248,33 €
N°31	multi focal ou progressif, de sphère allant de -4 à + 4 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 248,33 €
N°24	simple foyer, de cylindre supérieur a + 4 et de sphère située en dehors de la zone allant de -6 à + 6 de dioptries	complexe	9,32 % PMSS soit 308,59 €
N°32	multi focal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à + 4 dioptries	hyper complexe	10 % PMSS soit 331,10 €
N°41	multifocal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de -8 à + 8 dioptries	complexe	9,32 % PMSS soit 308,59 €
N°42	multifocal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère située en dehors de la zone allant de -8 à +8 dioptries	hyper complexe	10 % PMSS soit 331,10 €
PLAFONDS SPECIFIQUES POUR LES PAIRES DE LUNETTES DE VERRES DE DIFFÉRENTS NIVEAUX DE CORRECTION			
		Plafonds de garanties de VERRES, pour deux verres et HORS MONTURES Contrat Orange suivant PMSS 2018 (*)	
Verre simple + verre complexe		14,29 % PMSS soit 473,14 €	
Verre simple + verre hypercomplexe		15,84 % PMSS soit 524,46 €	
Verre complexe + verre hypercomplexe		20 % PMSS soit 662,20 €	
MONTURE			
Monture		100 % des frais réels dans le réseau Carte Blanche (95 % hors réseau) - MR dans la limite de 150 €	
LENTILLES			
Lentilles correctrices prises en charge par le régime obligatoire		15 % PMSS par année civile et par bénéficiaire soit 496,65 €	
Lentilles correctrices non prises en charge par le régime obligatoire, (y compris les lentilles correctrices jetables)		10 % PMSS par année civile et par bénéficiaire soit 331,10 €	
CHIRURGIE RÉFRACTIVE			
Chirurgie réfractive		24% PMSS par œil soit 794,64 €	

Exemples de remboursements :

■ Vous achetez une paire de lunettes 732 €, hors réseau Carte Blanche.

570 € (verres complexes) entièrement remboursés sur la base du n° 41

162 € (monture) remboursée à hauteur de 150€



10,30 € à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale de 1,70 €

■ Vous achetez pour votre enfant une paire de lunettes 330 €, dans le réseau Carte Blanche

200 € (verres simples) entièrement remboursés sur la base du verre n°11

130 € (monture) entièrement remboursée



0 € À votre charge

Dans la majeure partie des cas, le reste à charge peut être diminué si vous allez dans le réseau carte Blanche.

La prise en charge de l'équipement optique remboursé par la Sécurité sociale est limitée à un équipement tous les deux ans, composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Dans ce cas, il est impossible de faire établir une prise en charge par Carte Blanche, la demande doit préalablement être instruite par La Mutuelle Générale. A réception de l'accord de La Mutuelle Générale, l'adhérent peut demander la prise en charge.

Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date de facturation de l'équipement.

Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant

laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Le participant transmet à l'institution une facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le participant doit fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'institution la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

Frais dentaires

- (1) MR : montant remboursé par la Sécurité sociale
- (2) Les prothèses dentaires doivent être remboursées par la Sécurité sociale
- (3) PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins
Exercice 2018 : 3 311 €

	Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme	
Soins dentaires	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du MR ⁽¹⁾	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Dents de devant : 500% du MR dans la limite des frais réels Dents du fond : 400% du MR dans la limite des frais réels	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite de 350 % du MR	
Prothèses dentaires, orthodontie (enfant de moins de 16 ans) non remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾	80 % des frais réels dans la limite de : • dents de devant : 391 € • dents du fond : 310 € • orthodontie : 580 € par semestre	
Implants dentaires	100% des frais réels dans la limite de 28% du PMSS ⁽³⁾ par an, soit 927,08 €	

Prothèses dentaires

Le montant du plafond de remboursement des prothèses dentaires est plus élevé pour les dents visibles au sourire appelées dents du devant.

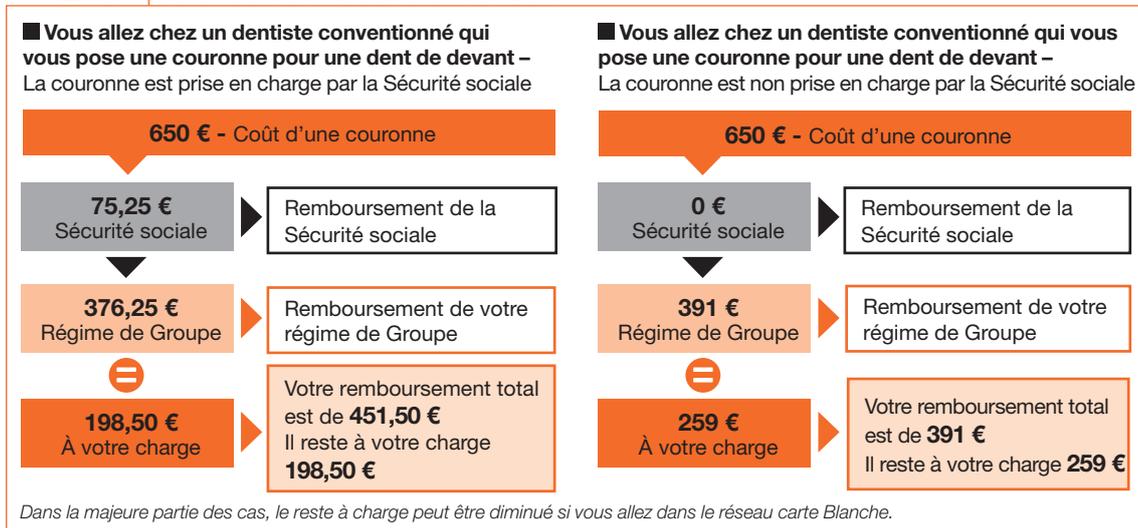
Il s'agit des canines, des incisives et des prémolaires numérotées de 11 à 15 et de 21 à 25 pour la mâchoire supérieure, de 31 à 35 et de 41 à 45 pour la mâchoire inférieure.

Le schéma ci-dessous vous permet de visualiser les dents concernées.

Le plafond de remboursement est moins élevé pour les molaires nommées dents du fond.



Exemples de remboursements :



Risques exclus

Santé

Sont exclus des prestations :

- les actes hors nomenclature de la Sécurité sociale ;
- les actes non remboursés par la Sécurité sociale autres que ceux expressément cités dans ce livret ;
- la participation forfaitaire du salarié pour les actes et consultations des médecins, les actes de biologie médicale, la radiologie, les franchises ;
- la part des dépenses du salarié non remboursables dans le cadre des contrats « responsables » (non-respect du parcours de soins) ;
- les interventions de chirurgie esthétique et de rajeunissement. Ne sont pas visées par cette exclusion les interventions de chirurgie plastique liées à une maladie ou un accident sous réserve qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale ;
- les interventions chirurgicales résultant de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur.

L'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale prévoit une obligation minimale de prise en charge au titre du contrat responsable. En conséquence, les exclusions mentionnées ci-dessus ne s'appliquent pas aux actes mentionnées à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Soins à l'étranger

Les frais de santé engagés à l'étranger ne sont en principe pas pris en charge par votre complémentaire santé (sauf en cas de détachement ou d'expatriation).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un séjour occasionnel (mission professionnelle, congé...) et si la Sécurité sociale française est amenée à effectuer un remboursement, les frais complémentaires peuvent être pris en charge dans la limite de quatre fois le remboursement de la Sécurité sociale sur présentation des photocopies des factures (les imprimés nécessaires doivent être demandés à la Sécurité sociale avant le départ).

Prescription

Toutes les actions dérivant de la couverture complémentaire santé 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, que du jour où les organismes assureurs 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 de l'adhérent contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

Les causes d'interruption de la prescription sont :

- le commandement ;
- la saisie ;
- la citation en justice ;
- la reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant ;
- un acte d'exécution forcée ;
- la reconnaissance du droit du réclamant.

Comment obtenir une prise en charge, le versement des prestations ou un devis ?

Prise en charge

La pratique du Tiers payant est conditionnée par l'obtention d'un accord de prise en charge délivré par Almérys/Carte Blanche. En effet, le remboursement de la part complémentaire dépend des soins déjà effectués au cours de la période de référence (année civile ou 24 mois de date à date pour l'optique) et des plafonds prévus pour chaque type de garantie. Le professionnel de santé fera une demande de prise en charge auprès d'Almérys/Carte Blanche afin de déterminer le montant restant à la charge du salarié.

Devis pour frais dentaires ou d'optique

Avant d'accepter le devis proposé par un dentiste ou un opticien, vous avez la possibilité d'en envoyer une copie à La Mutuelle Générale, par courriel : orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr Sur la base des informations que vous aurez fournies, La Mutuelle Générale vous informera du montant remboursé par la Sécurité sociale et par votre régime Frais de santé.

Versement des prestations

■ Vous bénéficiez de la télétransmission (Procédure Noémie)

Vous présentez votre carte Vitale et vous serez directement remboursé sur votre compte courant pour votre part complémentaire par La Mutuelle Générale sans avoir besoin d'envoyer les décomptes Sécurité sociale. La part obligatoire de la Sécurité sociale sera réglée directement au professionnel de santé sans aucune démarche de votre part.

■ Le Tiers payant intégral : aucune avance de frais

Vous devez présenter votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant Almérys/Carte Blanche aux professionnels de santé et établissements de soins. Vous êtes ainsi dispensé d'avancer les frais qui sont pris en charge par la Sécurité sociale et par votre régime

Frais de santé du Groupe. Vous recevrez ultérieurement un relevé de prestation vous informant des paiements avec la mention "pour information". Il ne vous restera plus qu'à régler la somme restant éventuellement à votre charge.

Un professionnel de santé reste toutefois libre d'accepter ou de refuser l'application du Tiers payant (Sécurité sociale et/ou Almérys/Carte Blanche).

■ **Le Tiers payant partiel : à éviter pour les consultations**

Si vous vous adressez à un professionnel de santé qui n'est pas encore conventionné pour le Tiers payant Almérys/Carte Blanche, vous pouvez lui proposer de prendre contact avec cet opérateur dont les coordonnées figurent sur votre carte de Tiers payant (numéro réservé aux praticiens). Tout sera mis en œuvre pour qu'il puisse rejoindre le réseau de Tiers payant au plus tôt.

Dans le cas des médecins généralistes et spécialistes, **nous vous conseillons, si le Tiers payant intégral n'est pas possible, de faire l'avance des frais.** Votre remboursement complémentaire sera viré sur votre compte 48 heures après le remboursement de la Sécurité sociale.

En effet, si vous utilisez votre carte Vitale afin de bénéficier du seul Tiers payant Sécurité sociale pour une consultation (carte Vitale uniquement), vous devrez,

pour pouvoir bénéficier du remboursement de la part complémentaire, impérativement envoyer à La Mutuelle Générale :

- une facture du praticien indiquant le montant dont vous vous êtes acquitté ;
- une copie du décompte de Sécurité sociale.

En effet, les informations transmises par le régime obligatoire (Sécurité sociale) ne permettent pas, à l'heure actuelle, aux assureurs d'identifier les actes ayant donné lieu à un Tiers payant partiel.

■ **Généralisation du tiers payant : quels impacts pour vous ?**

Médicaments achetés en pharmacie, radiologie, soins infirmiers... vous bénéficiez déjà du tiers payant pour de nombreuses dépenses de santé. Afin que tous les assurés sociaux bénéficient du tiers payant chez leur médecin généraliste fin 2017, la loi du 26 janvier 2016 prévoit un élargissement progressif du procédé.

L'utilisation du tiers payant auprès du professionnel de santé reste toutefois conditionnée à l'acceptation de ce dernier. S'il l'accepte, la dispense d'avance de frais est limitée aux garanties prévues à votre contrat. Vous et vos bénéficiaires devez uniquement régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du praticien.

Si vous n'utilisez pas votre carte de tiers payant ou si ce service est refusé par le professionnel de santé, vous devez lui demander une facture et l'adresser à La Mutuelle Générale, afin d'être remboursés par votre régime du Groupe.

En résumé :

Consultation chez le médecin généraliste ou spécialiste	<p>Si le médecin est conventionné par Almérys/Carte Blanche Tiers payant intégral = présentation de la carte Vitale et de la carte complémentaire santé Almérys/Carte Blanche</p> <p>Si le médecin n'est pas conventionné par Almérys/Carte Blanche Avance intégrale des frais → remboursement de la part Sécurité sociale et de la part mutuelle</p>	<p>Attention</p> <p>À compter du moment où un professionnel vous délivre une feuille de soins, vous disposez d'un délai de deux ans pour demander le remboursement de vos soins médicaux.</p>
Autre acte médical ou professionnel de santé ou établissement de soins	<p>Si le professionnel de santé ou l'établissement est conventionné par Almérys/Carte Blanche Tiers payant intégral = présentation de la carte Vitale et de la carte complémentaire santé Almérys/Carte Blanche</p> <p>Si le professionnel de santé ou l'établissement n'est pas conventionné par Almérys/Carte Blanche Tiers payant partiel (si possible en cas de frais importants) = présentation de la carte Vitale + paiement de la part complémentaire → remboursement de la part complémentaire par La Mutuelle Générale sur présentation d'une facture acquittée et du décompte de la Sécurité sociale ou Avance intégrale des frais → remboursement de la part Sécurité sociale et de part complémentaire par La Mutuelle Générale</p>	
<p>La Mutuelle Générale </p> <p>Orange TSA 10391 94281 Le Kremlin Bicêtre cedex</p> <p>Téléphone : 0 800 013 131  du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30</p> <p>Télécopie : 01 70 70 41 47 e-mail : orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr</p>		



Documents à joindre à vos demandes de remboursements

Vous bénéficiez de la télétransmission	Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission
Si la prestation à rembourser ne figure pas dans la liste ci-dessous, vous n'avez aucun document à nous faire suivre. Vous serez remboursé automatiquement.	Quelle que soit la prestation à rembourser, envoyez systématiquement à La Mutuelle Générale votre décompte de la Sécurité sociale



Que vous bénéficiez ou non de la télétransmission : pour toutes les prestations suivantes, merci d'envoyer à La Mutuelle Générale **les factures détaillées et acquittées** :

Honoraires Soins de ville	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen d'ostéodensitométrie ■ Transport et déplacement ■ Médecine douce 	
Produits pharmaceutiques et fournitures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acoustique ■ Prothèses mammaires ■ Prothèses capillaires ■ Orthopédie 	
Médecine douce	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ostéopathe, chiropracteur, psychologue, diététicien, sophrologue 	
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prothèses fixes et mobiles ■ Orthodontie ■ Implants 	→ La facture doit détailler précisément le numéro de la dent concernée
Optique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Monture et verres ■ Lentilles ■ Prothèses oculaires ■ Chirurgie réfractive 	→ La facture doit détailler précisément la référence des verres
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Établissement thermal ■ Hébergement 	
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Frais de structure et de soins pris en charge à 100 % ■ Chambre particulière ■ Forfait journalier ■ Service psychiatrique ■ Accompagnement ■ Honoraires de praticiens 	→ Joindre également l'attestation médicale complémentaire délivrée lors de la sortie

Pour recevoir **le forfait Naissance - Adoption**, envoyez l'acte de naissance ou la copie du jugement d'adoption

Notre conseil :

Pour être remboursé rapidement et en toute sécurité, optez pour :

le Tiers payant intégral

Vous présentez votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant La Mutuelle Générale/Almérys/Carte Blanche lorsque vous allez chez un professionnel de santé afin de profiter du Tiers payant intégral (Sécurité sociale + complémentaire). Vous n'aurez ainsi rien à régler ni aucune démarche à effectuer, dans la limite des garanties du régime.



la télétransmission avec le centre de Sécurité sociale (Noémie)

Lors de votre affiliation au régime, vous bénéficiez automatiquement de cette télétransmission, sous réserve de fournir les attestations Sécurité sociale. Vos décomptes de Sécurité sociale sont automatiquement transmis à La Mutuelle Générale. Vous n'avez donc plus à transmettre vos feuilles de soins et vous êtes remboursé plus rapidement.

Votre situation de famille évolue ? Vous déménagez ? Quel que soit le changement, vous devez en informer Humanis en lui fournissant les nouvelles attestations Sécurité sociale, afin de continuer à profiter de la télétransmission.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission, vous devez faire parvenir une demande écrite à Humanis.

Vous devrez alors adresser vous-même vos feuilles de soins ainsi que les justificatifs nécessaires à La Mutuelle Générale.

Votre compte personnel "Mon Espace Adhérent"

La Mutuelle Générale met à votre disposition sur son site internet www.lamutuellegenerale.fr un espace personnel et sécurisé. Une fois inscrit à cet Espace Adhérent, vous pouvez :

- consulter le détail de vos remboursements santé et être informé par e-mail, si vous le demandez, lors de la mise en ligne de nouveaux décomptes ;
- vérifier vos données personnelles (adresse, numéro de Sécurité sociale, etc.) pour être sûr que vos informations sont toujours à jour ;
- rechercher un professionnel de santé Carte Blanche ;
- télécharger des documents pratiques, tels que le livret d'information Orange, des formulaires, la déclaration de médecin traitant... ;
- vous informer sur les nouveautés en matière de santé et de prévention ;
- vous pouvez également télécharger l'application gratuite sur votre mobile sur App Store (en tapant « La Mutuelle Générale ») ou Google play ou en flashant ce code



Réclamations - Médiation

Vous avez la possibilité, en cas de difficulté relative à l'application du contrat, si le différend persiste, ou en l'absence de réponse du service de gestion dans un délai de 15 jours, de contacter le service des réclamations de La Mutuelle Générale :

- par courrier, à l'adresse suivante :
La Mutuelle Générale
Direction des Opérations
Client-Contrat Collectif Orange
TSA 10391
94281 Le Kremlin-Bicêtre Cedex
- par courriel, à l'adresse suivante :
osiris@lamutuellegenerale.fr

Lorsque les voies de recours ci-dessus sont épuisées, si un différend persiste, vous ou vos éventuels ayants droit pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- par courrier, à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur
de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15
- par courriel, à l'adresse suivante :
mediation@mutualite.fr

La saisine du Médiateur est accessible sur le site internet du Médiateur : www.mediateur-mutualite.fr

Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel vous concernant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant les organismes assureurs ainsi qu'à leurs partenaires en charge d'activités confiées par ces derniers.

Conformément aux dispositions légales précitées, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données concernant vos bénéficiaires à exercer par courriel à :

■ contact-cnill@humanis.com
ou par lettre à l'adresse suivante :

**Groupe Humanis
Cellule CNIL
Satisfaction clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex.**

■ droitopposition@lamutuellegenerale.fr auprès du CIL ou par lettre à l'adresse suivante :

**Secrétaire Général de La Mutuelle Générale,
1-11 rue Brillat Savarin
CS 21363
75634 Paris Cedex 13.**

Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, vos bénéficiaires disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de cinq années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant aux organismes assureurs.

Les organismes assureurs prennent les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de ces données conformément aux dispositions légales susvisées.

Prospection commerciale par voie téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique vous pouvez vous inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer :

**Société OPPOSETEL,
service Bloctel,
6 rue Nicolas Siret
10 000 Troyes.**

Toutefois, tant que le contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas aux organismes assureurs de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposés auprès d'eux (aux adresses ci-dessus), à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale (en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles).

Autorité de contrôle

La Mutuelle Générale et Humanis sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) régie par le Code monétaire et

financier, dont le siège social est situé
61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Prévoyance

Votre régime de prévoyance à équivalences

Les choix possibles.....	25
Quand choisir ?.....	25
Quand modifier votre choix ?.....	25
Comment choisir ou modifier votre choix ?.....	25

Choix de l'équivalence

L'équivalence A.....	27
L'équivalence B : capital.....	28
L'équivalence C : rentes de conjoint.....	29
L'équivalence D : rente pour enfant.....	30

Les garanties du régime à équivalences

Capital Décès.....	31
Majoration du capital Décès par enfant à charge.....	31
Capital supplémentaire en cas d'accident.....	31
Décès simultané du salarié et du conjoint par accident.....	32
Rente pour enfant.....	32
Rentes de conjoint.....	32
Loi Eckert.....	32
Incapacité-Invalidité.....	33
Revalorisation.....	34
Capital supplémentaire Invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie.....	34
Allocation décès - Frais d'obsèques.....	34
Suspension et cessation des garanties.....	34

Quelques définitions

Rémunération annuelle.....	35
Bénéficiaire en cas de décès.....	35
Enfants à charge.....	35
Maintien des garanties.....	36
Invalidité absolue et définitive.....	36

Risques exclus et limitation des garanties

Décès et Invalidité 3 ^e catégorie.....	37
Incapacité - Invalidité.....	37

Comment obtenir le versement des prestations ?

Décès du salarié.....	38
Décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS et décès d'un enfant à charge avant le salarié.....	38
Incapacité temporaire.....	38
Invalidité.....	38
Infirmité permanente accidentelle.....	39
Contrôle - Expertise.....	39
Prescription.....	39
Réclamations - Médiation.....	39
Protection des données à caractère personnel.....	40
Prospection commerciale par voie téléphonique.....	40
Autorité de contrôle.....	40

Votre régime de prévoyance à équivalences



Nous vous invitons à découvrir ci-après les possibilités dont vous disposez pour mettre en place une protection sur mesure pour vous et pour votre famille.

Pour vous aider dans vos choix, un outil de simulation est mis à votre disposition :

sur Internet :
<http://www.prevoyons.com>

sur Intranet :
site anoo rubrique
Rémunération -
Épargne/Prévoyance

De plus, l'un de nos spécialistes
est à votre service au :

 **N°Cristal 0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi
de 8h à 18h

En cas d'expatriation, vous bénéficiez des garanties décrites dans l'additif du salarié expatrié au livret d'information, à condition que vous soyez affilié à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

Avant votre départ, votre employeur vous remet pour information complémentaire cet additif.

Les choix possibles

Dès votre entrée dans l'entreprise, vous bénéficiez des garanties de prévoyance, équivalence A, sans condition d'ancienneté.

Vous pouvez adapter les garanties à votre situation personnelle en deux étapes successives :

Choix de l'équivalence : vous choisissez l'une des quatre équivalences :

A	associe de façon équilibrée un capital Décès et les rentes pour enfant et de conjoint
B	privilégie la garantie Décès sous forme de capital renforcé
C	privilégie les rentes de conjoint (rente temporaire et rente versée à vie)
D	privilégie la rente pour enfant et un capital Décès renforcé

Personnalisation : si vous avez retenu l'une des équivalences B, C ou D, vous pouvez, si vous le souhaitez, augmenter (ou ajouter) une garantie et

Attention !

L'équivalence A ne permet pas de personnalisation.

Un seul échange de garantie est possible dans le cadre des équivalences B, C ou D.

en contrepartie diminuer (ou supprimer) une autre garantie, suivant les possibilités offertes, à l'exclusion de toutes autres modifications.

Quand choisir ?

À la mise en place du régime ou lors de votre entrée dans l'entreprise, vous disposez **d'un délai de deux mois** pour choisir l'une des quatre équivalences. Les salariés en arrêt de travail au moment de la mise en place du régime bénéficient des garanties de l'équivalence A ; ils pourront effectuer un autre choix au moment de la reprise de leur activité dans l'entreprise.

Quand modifier votre choix ?

En cas de modification de votre situation de famille, vous pouvez modifier votre choix, **dans un délai de deux mois suivant l'événement** : mariage, concubinage ou conclusion d'un PACS, naissance ou adoption, enfant n'étant plus à charge, divorce ou séparation, décès de votre conjoint ou de votre enfant, modification importante de la situation financière de votre famille (chômage ou invalidité de votre conjoint ...).

En dehors de ces cas, vous pouvez modifier votre choix, au 1^{er} janvier des années impaires (1^{er} janvier 2015, 2017...), à condition d'être en activité et de faire le nécessaire auprès de Humanis au cours du mois de décembre précédent.

Comment choisir ou modifier votre choix ?

Des simulations de choix sont possibles sur le site Internet.

Vous devez :

■ Télécharger l'imprimé sur www.prevoyons.com, rubrique **Documents**.

■ Adresser l'imprimé après l'avoir complété à :

Humanis
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9.

■ Une confirmation écrite des garanties choisies vous sera adressée personnellement.



Choix de l'équivalence

Garanties	Equivalence A	Equivalence B Capital	Equivalence C Rente de conjoint	Equivalence D Rente pour enfant
Décès du salarié				
Capital Décès et capital invalidité 3 ^e catégorie	260 % S	430 % S	190 % S	340 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S	110 % S	40 % S	70 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	260 % S	430 % S	190 % S	410 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S	-	-	-
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30%	-	430 % S x taux infirmité	170 % S x taux infirmité	410 % S x taux infirmité
Rente pour enfant à charge/enfant/an	10% S/an	-	-	30% S/an
Rente de conjoint/an :				
■ Rente temporaire	0,45 % (âge-25) S avec minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	-	0,60 % (âge-25) S avec minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	-
■ Rente versée à vie	0,85 % (65-âge) S		1,25 % (65-âge) S	
Arrêt de travail				
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2/3 ^e catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^{re} catégorie)	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**
Capital supplémentaire invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	-	100 % S	-	-
Décès d'un proche				
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS	16 % S	16 % S	16 % S	16 % S
Enfant à charge de 12 ans ou plus***	8 % S	8 % S	8 % S	8 % S
Frais d'obsèques***	-	80 % PMSS soit 2 648,80 €	80 % PMSS soit 2 648,80 €	80 % PMSS soit 2 648,80 €

S : somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales - IJ : Indemnités journalières - Âge : âge du salarié au moment du décès - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 311 € en 2018) - PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de solidarité avec le salarié

* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise

** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir page 36)

*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et d'Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@humanis.com

L'équivalence A

Le choix de cette équivalence ne permet pas de personnalisation.

Cette équivalence est la seule qui associe de façon équilibrée tous les types de garanties :

- "Capital" ;
- "Rentés de conjoint" ;
- "Rente pour enfant".

L'équivalence **A** s'applique :

- si elle est choisie par le salarié,
- aux salariés recrutés tant qu'ils n'ont pas fait connaître leur choix,
- à défaut de choix exprimé par le salarié.

S
Somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales

I.J.
Indemnités journalières

Âge
Âge du salarié au moment du décès

PMSS
Plafond Mensuel de la Sécurité sociale : 3 311 € en 2018

PACS
Personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le salarié

* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise

** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir page 36)

*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et d'Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@humanis.com

Garanties	Equivalence A
Décès du salarié	
Capital Décès et capital invalidité 3 ^e catégorie	260 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	260 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30 %	Néant
Rente pour enfant à charge/ enfant/an	10% S/an
Rente de conjoint/an :	
■ Rente temporaire	0,45 % (âge-25) S avec minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)
■ Rente versée à vie	0,85 % (65-âge) S
Arrêt de travail	
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2/3 ^e catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^{re} catégorie)	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**
Capital supplémentaire invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	Néant
Décès d'un proche	
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS	16 % S
Enfant à charge de 12 ans ou plus***	8 % S
Frais d'obsèques****	Néant

L'équivalence B : capital

Cette équivalence privilégie les garanties sous forme de capital.

En contrepartie, elle ne prévoit ni rentes de conjoint, ni rente pour enfant.

Outre des capitaux décès majorés, elle comprend une garantie spécifique : le versement d'un capital au salarié atteint d'une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, augmenter (ou ajouter) une garantie et, en contrepartie, diminuer (ou supprimer) une autre garantie.

Un seul échange est possible.

Garanties	Equivalence B Capital
Base sans personnalisation	
Décès du salarié	
Capital Décès et capital invalidité 3 ^e catégorie	430 % S
Majoration par enfant à charge	110 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	430 % S
Majoration par enfant à charge	-
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30%	430 % S x taux infirmité
Rente pour enfant à charge/ enfant/an	-
Rente de conjoint/an :	
■ Rente temporaire	-
■ Rente versée à vie	-
Arrêt de travail	
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2/3 ^e catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^e catégorie)	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**
Capital supplémentaire invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	100 % S
Décès d'un proche	
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS	16 % S
Enfant à charge de 12 ans ou plus***	8 % S
Frais d'obsèques***	80 % PMSS soit 2 648,80 €

S
Somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales

I.J.
Indemnités journalières

Âge
Âge du salarié au moment du décès

PMSS
Plafond Mensuel de la Sécurité sociale : 3 311 € en 2018

PACS
Personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le salarié

* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise

** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir page 36)

*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et d'Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@humanis.com

Personnalisation	
Un seul échange possible	
Augmenter une garantie	En diminuant une autre garantie
<input type="checkbox"/> + 100 % S	<input type="checkbox"/> - 100 % S
-	-
+ 250 % S	- 250 % S
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
+ 250 % S x taux infirmité	- 250 % S x taux infirmité
<input type="checkbox"/> + 10 % S par an	-
<input type="checkbox"/> + 0,16 % (âge - 25) S avec minimum 8 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse) + 0,33 % (65 - âge) S	-
-	<input type="checkbox"/> - 10 % du salaire net
<input type="checkbox"/> + 100 % S	<input type="checkbox"/> - 100 % S
<input type="checkbox"/> + 16 % S + 8 % S	<input type="checkbox"/> - 16 % S - 8 % S
+ 80 % PMSS soit 2 648,80 €	- 80 % PMSS soit 2 648,80 €

L'équivalence C : rentes de conjoint

Cette équivalence privilégie les rentes de conjoint : rente temporaire et rente versée à vie.

En contrepartie, elle ne prévoit pas de rente pour enfant et les capitaux en cas de décès sont réduits.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, augmenter (ou ajouter) une garantie et, en contrepartie, diminuer (ou supprimer) une autre garantie.

Un seul échange est possible.

Garanties	Equivalence C Capital
	Base sans personnalisation
Décès du salarié	
Capital Décès et capital invalidité 3 ^e catégorie	190 % S
Majoration par enfant à charge	40 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	190 % S
Majoration par enfant à charge	-
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30%	170 % S x taux infirmité
Rente pour enfant à charge/enfant/an	-
Rente de conjoint/an :	0,60 % (âge - 25) S minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)
■ Rente temporaire	
■ Rente versée à vie	1,25 % (65 - âge) S
Arrêt de travail	
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2/3 ^e catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^e catégorie)	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**
Capital supplémentaire invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	-
Décès d'un proche	
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS	16 % S
Enfant à charge de 12 ans ou plus***	8 % S
Frais d'obsèques***	80 % PMSS soit 2 648,80 €

S

Somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales

I.J.

Indemnités journalières

Âge

Âge du salarié au moment du décès

PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale : 3 311 € en 2018

PACS

Personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le salarié

* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise

** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir page 36)

*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et d'Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@humanis.com

Personnalisation	
Un seul échange possible	
Augmenter une garantie	En diminuant une autre garantie
<input type="checkbox"/> + 100 % S	<input type="checkbox"/> - 100 % S
-	-
+ 190 % S	- 190 % S
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
+ 170 % S x taux infirmité	- 170 % S x taux infirmité
<input type="checkbox"/> + 10 % S par an	-
<input type="checkbox"/> + 0,08 % (âge - 25) S avec minimum 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse) + 0,15 % (65 - âge) S	<input type="checkbox"/> - 0,08 % (âge - 25) S avec minimum 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse) - 0,15 % (65 - âge) S
-	<input type="checkbox"/> - 10 % du salaire net
<input type="checkbox"/> + 100 % S	-
<input type="checkbox"/> + 16 % S + 8 % S	<input type="checkbox"/> - 16 % S - 8 % S
+ 80 % PMSS soit 2 648,80 €	- 80 % PMSS soit 2 648,80 €

L'équivalence D : rente pour enfant

Cette équivalence associe une garantie importante en rente pour enfant et une augmentation des capitaux en cas de décès.

En contrepartie, elle ne prévoit pas de rentes de conjoint.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, augmenter (ou ajouter) une garantie et, en contrepartie, diminuer (ou supprimer) une autre garantie.

Un seul échange est possible.

Garanties	Equivalence D Capital
	Base sans personnalisation
Décès du salarié	
Capital Décès et capital invalidité 3 ^e catégorie	340 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	410 % S
Majoration par enfant à charge	-
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30%	410 % S x taux infirmité
Rente pour enfant à charge/enfant/an	30 % S/an
Rente de conjoint/an :	
■ Rente temporaire	-
■ Rente versée à vie	-
Arrêt de travail	
En relais de la période de maintien conventionnel de salaire* Incapacité de travail (I.J.) et rente invalidité 2/3 ^e catégories (1/2 rente si invalidité 1 ^e catégorie)	Au plus tôt après 45 jours* 100 % du salaire net**
Capital supplémentaire invalidité 2 ^e ou 3 ^e catégorie	-
Décès d'un proche	
Allocation décès : Conjoint/Concubin/PACS	16 % S
Enfant à charge de 12 ans ou plus***	8 % S
Frais d'obsèques***	80 % PMSS soit 2 648,80 €

S
Somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales

I.J.
Indemnités journalières

Âge
Âge du salarié au moment du décès

PMSS
Plafond Mensuel de la Sécurité sociale :
3 311 € en 2018

PACS
Personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec le salarié

* Suivant la convention collective ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise

** Dans la limite du montant de l'allocation chômage (voir page 36)

*** L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques et d'allocation d'obsèques pour les mineurs de moins de 12 ans. Le versement de cette prestation pourra être pris en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et d'Humanis. La demande est à adresser à prevoyance.orange@humanis.com

Personnalisation	
Un seul échange possible	
Augmenter une garantie	En diminuant une autre garantie
<input type="checkbox"/> + 100 % S	<input type="checkbox"/> - 100 % S
-	-
<input type="checkbox"/> + 250 % S	<input type="checkbox"/> - 250 % S
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
<input type="checkbox"/> + 250 % S x taux infirmité	<input type="checkbox"/> - 250 % S x taux infirmité
<input type="checkbox"/> + 10 % S par an	<input type="checkbox"/> - 10 % S par an
<input type="checkbox"/> + 0,16 % (âge - 25) S avec minimum 8 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse) + 0,33 % (65 - âge) S	-
-	<input type="checkbox"/> - 10 % du salaire net
<input type="checkbox"/> + 100 % S	-
<input type="checkbox"/> + 16 % S + 8 % S	<input type="checkbox"/> - 16 % S - 8 % S
+ 80 % PMSS soit 2 648,80 €	- 80 % PMSS soit 2 648,80 €

Les garanties du régime à équivalences



Capital Décès (et capital par anticipation si Invalidité 3^e catégorie)

Décès du salarié

Somme d'argent versée en une fois, suite au décès du salarié, à la personne qu'il a désignée. Ce capital est calculé en pourcentage du salaire brut annuel du salarié décédé. En cas de classement en invalidité 3^e catégorie par la Sécurité sociale avant la date de liquidation de sa pension de vieillesse de la Sécurité sociale, le capital peut être versé par anticipation au salarié, à sa demande expresse. **Dans ce cas, aucun capital ne serait versé par la suite en cas de décès du salarié.**

Cette somme d'argent est plus ou moins importante selon le choix d'équivalence et la personnalisation retenus par le salarié.

Décès du conjoint* après le salarié

Le capital prévu ci-dessus est à nouveau versé en cas de décès du conjoint, âgé de moins de 60 ans, après le salarié **s'il reste au moins un enfant à charge (au sens de la définition page 35) issu du mariage avec le salarié.**

Le capital sera versé par parts égales aux enfants issus du salarié et de son conjoint, sauf dispositions contraires relatives au partage exprimées par le salarié.

Majoration du capital Décès par enfant à charge

Somme d'argent supplémentaire, versée en une fois, à chaque enfant à charge (ou à son tuteur légal).

Capital supplémentaire en cas d'accident

Capital "Décès accidentel"

Somme d'argent supplémentaire, versée en une fois, à la personne désignée en cas de décès du salarié suite à un accident.

Par "accident", il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du salarié et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. **Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique ou survenus alors que le salarié se trouve sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool ne sont pas considérés comme des accidents.**

En application de l'article 1353 du Code civil, il appartient aux bénéficiaires d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité absolue et définitive.

En cas de décès du salarié avant la date de liquidation de sa pension de vieillesse de la Sécurité sociale, des suites d'un accident et dans un délai de moins de 12 mois par rapport à la date de l'accident, un capital supplémentaire est versé si le choix retenu par le salarié prévoit cette garantie. Son montant dépend de l'équivalence retenue par le salarié. Ce capital supplémentaire n'est pas versé en cas de décès du conjoint après le salarié.

Capital "Infirmité suite à accident"

Somme d'argent versée en une fois au salarié qui est atteint d'une infirmité des suites d'un accident, dont le taux est supérieur à 30 % suivant le barème des organismes assureurs présenté en page 39.

Son montant est plus ou moins important selon le choix d'équivalence et la personnalisation retenue par le salarié.

* Personne avec laquelle le salarié était marié au jour de son décès

Décès simultané du salarié et du conjoint par accident

Si le décès du salarié et de son conjoint survient dans le délai maximum de 24h suivant un accident indépendant de leur volonté, il est versé :

- le capital et les rentes pour enfant prévus en cas de décès par accident du salarié aux bénéficiaires désignés par le salarié ;
- un second capital égal au capital de base versé en cas de décès exclusivement "hors accident" et versé par parts égales aux enfants issus du salarié et de son conjoint, sauf dispositions contraires relatives au partage exprimées par le salarié.

Rente pour enfant

Somme versée périodiquement dans le but de compenser la perte de revenus de la famille, suite au décès (ou invalidité 3^e catégorie) du salarié.

La rente pour enfant peut permettre de payer les frais liés à la scolarité et aux études. Elle est versée tant que l'enfant reste considéré comme à charge (au sens de la définition page 35).

Le montant des rentes pour enfant est doublé :

- pour les enfants issus du salarié célibataire, veuf ou divorcé, à sa charge exclusive lors de son décès et ne percevant pas de pension alimentaire ;
- en cas de décès du conjoint, âgé de moins de 60 ans, après le salarié (ou simultanément), pour les enfants issus du mariage avec le salarié restant à charge et devenant de ce fait orphelins de père et de mère.

Versement

Les rentes pour enfant prennent effet le lendemain du décès du salarié : elles sont versées trimestriellement, à terme échu, aussi longtemps que les enfants restent à charge (voir page 35).

Rentes de conjoint*

Sommes d'argent versées périodiquement à la personne avec qui le salarié était marié au jour de son décès dans le but de compenser la perte de revenus de la famille.

Un conjoint* perçoit en principe deux rentes :

- une rente versée à vie ;
- une rente temporaire versée jusqu'au moment où il peut percevoir une pension de réversion du régime de retraite complémentaire du salarié.

Rente versée à vie

Il s'agit d'une somme d'argent versée au conjoint survivant du salarié non séparé de corps judiciairement sous réserve que le décès du salarié soit survenu avant la liquidation de sa pension de vieillesse. Son montant dépend de la rémunération annuelle et de l'âge du salarié au jour du décès et de l'équivalence retenue par le salarié.

Rente temporaire

La rente temporaire est une somme d'argent versée au conjoint survivant du salarié non séparé de corps judiciairement tant qu'il ne peut bénéficier des pensions de réversion des régimes de retraite complémentaire du salarié. Elle cesse lorsque ce conjoint survivant ouvre droit au versement des pensions de réversion des régimes de retraite complémentaire ou en cas de remariage. Son montant dépend de la rémunération annuelle et de l'âge du salarié au décès.

Versement

Les rentes de conjoint prennent effet le lendemain du décès du salarié ou le premier jour du trimestre civil au cours duquel la déclaration de décès a été effectuée. Elles sont versées trimestriellement à terme échu.

Loi Eckert

En cas de décès, Humanis a l'obligation de rechercher activement les bénéficiaires du contrat. L'objectif est de leur verser les capitaux qui leur sont dus. Humanis doit pouvoir justifier qu'une recherche active a été mise en œuvre.

10 ans après avoir appris le décès d'un assuré, les sommes concernées par un contrat en déshérence sont reversées à la Caisse des dépôts et consignations.

20 ans plus tard, les sommes sont acquises à l'Etat et il n'est plus possible de les réclamer.

Une revalorisation des capitaux est également prévue. Les contrats d'assurance sur la vie avec ou sans valeurs de rachat et les contrats santé ou prévoyance intégrant une garantie capital décès, dont les bénéficiaires sont des personnes physiques, doivent préciser les conditions d'une revalorisation du capital après le décès de l'assuré. C'est le cas pour le régime du Groupe Orange.

La revalorisation du capital décès dont la valeur en euros a été arrêtée ne pourra être inférieure à un taux fixé par décret en Conseil d'Etat.

* Personne avec laquelle le salarié était marié au jour de son décès

Incapacité-Invalidité

Incapacité temporaire totale

Le salarié est considéré en "Incapacité temporaire totale de travail" s'il se trouve dans l'incapacité physique constatée médicalement de continuer son travail ou de reprendre une activité professionnelle avant la date de liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

Indemnités journalières

Dans cette situation, il est versé au salarié, par l'intermédiaire de son employeur, des indemnités journalières qui complètent celles allouées par la Sécurité sociale à concurrence de 100 % ou 90 % de la rémunération nette, selon la personnalisation retenue.

Début du versement

Les indemnités journalières sont versées à partir de l'instant où, en vertu de la convention collective ou de l'accord collectif applicable, l'entreprise n'est plus tenue de servir au salarié le montant intégral de sa rémunération. Les prestations sont versées au plus tôt à compter du 46^e jour d'arrêt de travail.

Fin du versement

Elles cessent d'être versées :

- lors de la reprise du travail ;
- à la date du retour à la validité du salarié, ou lorsque prend fin le versement de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale ;
- lors du paiement d'une rente d'invalidité par la Sécurité sociale et au plus tard au 1 095^e jour suivant l'arrêt de travail ;
- lors du versement de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une retraite complémentaire sauf si la Sécurité sociale attribue les indemnités journalières postérieurement à la liquidation de la pension vieillesse.

Invalidité permanente

Le salarié est considéré en invalidité permanente si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, il se trouve dans l'incapacité physique, totale ou partielle, reconnue par la Sécurité sociale, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession similaire lui procurant une rémunération équivalente, et au plus tard le 1 095^e jour suivant son arrêt de travail. Humanis complète la rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale au titre de l'une des catégories définies ci-après.

- 1^e catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^e catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Rente d'invalidité suite à maladie ou accident

En cas d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie reconnue par la Sécurité sociale, le salarié perçoit une rente qui complète celle versée par la Sécurité sociale à concurrence de 100 % ou 90 % de la rémunération

nette, selon la personnalisation retenue.

En cas d'invalidité de 1^e catégorie reconnue par la Sécurité sociale, le salarié perçoit une rente de 50 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total des sommes perçues par le salarié puisse excéder 90 % ou 100 % du salaire net* selon la personnalisation retenue.

Rente d'invalidité suite à accident du travail ou maladie professionnelle

Si le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 66 %, le salarié perçoit une rente qui complète celle versée par la Sécurité sociale à concurrence de 100 % ou 90 % de sa rémunération nette, en fonction de la personnalisation retenue.

Si le taux d'incapacité permanente est compris entre 33 % et 66 %, le montant servi est égal à N/66 % de la rente calculée au titre de l'invalidité 1^e catégorie (N = taux d'incapacité permanente partielle reconnue par la Sécurité sociale).

Pour un taux d'incapacité permanente inférieure à 33 %, aucune prestation complémentaire n'est versée.

Début du versement

La rente est versée dès la reconnaissance par la Sécurité sociale de l'état d'invalidité du salarié et au plus tard trois ans après le début de l'arrêt de travail.

Cas du travail à temps partiel thérapeutique

Lorsqu'après une incapacité temporaire complète de travail, le participant reprend dans l'entreprise adhérente une activité partielle autorisée médicalement et donnant lieu à l'attribution par la Sécurité sociale d'indemnités journalières ainsi qu'à une rémunération réduite, il est versé au participant des indemnités calculées de manière à compléter les indemnités de la Sécurité sociale et la rémunération réduite versée par l'employeur à concurrence de la rémunération de base nette qu'aurait perçue l'intéressé s'il avait travaillé à temps complet.

Le versement des indemnités complémentaires est également garanti en cas d'activité à un temps partiel thérapeutique non consécutive à une période d'incapacité temporaire complète de travail dès lors qu'elle donne lieu à l'attribution d'indemnités journalières par la Sécurité sociale et au terme de la période de franchise applicable au risque incapacité temporaire totale de travail.

Fin du versement

La rente d'invalidité cesse d'être versée :

- lors du retour à la validité du salarié ;
- lors du versement de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une retraite complémentaire ;
- lorsque prend fin le versement de la rente de la Sécurité sociale.

* Prestation d'invalidité allouée par la Sécurité sociale, salaire réduit versé le cas échéant par l'employeur ou rémunération éventuelle de substitution et rente complémentaire servie par le régime de prévoyance.

Revalorisation

Les indemnités journalières, les rentes d'invalidité, les rentes pour enfant et de conjoint sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite du régime des cadres (Agirc), quelle que soit la catégorie professionnelle du salarié. En cas de démission ou d'exclusion de l'entreprise adhérente, les indemnités journalières et les rentes en cours cessent d'être revalorisées et sont maintenues à leur niveau atteint à cette date.

Capital supplémentaire Invalidité 2^e ou 3^e catégorie

Les salariés, reconnus par la Sécurité sociale en invalidité 2^e ou 3^e catégorie, peuvent bénéficier d'un capital Invalidité selon l'équivalence choisie.

Ce capital est calculé en pourcentage de la rémunération annuelle.

Allocation décès - Frais d'obsèques

Allocation décès

Une allocation décès, calculée en pourcentage de la rémunération annuelle du salarié, peut éventuellement être versée en cas de décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin* avant celui du salarié, ou en cas de décès d'un enfant à charge de 12 ans ou plus.

Cette allocation n'est pas versée en cas de décès simultané du conjoint et du salarié.

Frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin* ou d'un enfant à charge de 12 ans ou plus, les frais d'obsèques peuvent éventuellement être pris en charge dans une limite fixée, en fonction de la personnalisation retenue, de 80 % à 160 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur mensuelle du PMSS en 2018 : 3 311 €).

* **Le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans jusqu'au décès.** Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de l'union libre.

Suspension et cessation des garanties

Lorsque le contrat de travail du salarié est suspendu en cas de congé non rémunéré, à l'exception du congé maternité et du congé paternité, entraînant l'absence de versement des cotisations, les garanties sont suspendues.

Les garanties cessent :

- à la date de fin/cessation du contrat de travail du salarié à l'exception des salariés en arrêt de travail (voir page 36) ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

Les garanties de prévoyance cessent leurs effets le jour fixé par la radiation du salarié, à minuit. Les cotisations sont dues jusqu'à cette date.

Quelques définitions



Rémunération annuelle

Les garanties en cas de décès ou d'arrêt de travail sont calculées en pourcentage de la rémunération annuelle donnant lieu à cotisation **et limitée à huit fois le plafond de la Sécurité sociale (1)**.

La rémunération annuelle prise en considération est déterminée sur la base des douze derniers mois civils d'activité précédant l'événement ouvrant droit à prestations.

Toutefois, en matière d'incapacité de travail, la rémunération prise en considération peut être, si cette disposition est plus favorable au salarié, le salaire moyen ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçu par le salarié au cours des trois derniers mois civils d'activité, auquel s'ajoute le montant des primes, gratifications ou rappels versés au cours des 12 derniers mois d'activité du salarié.

Bénéficiaire en cas de décès

Capital en cas de décès du salarié

Si le salarié n'a pas désigné un bénéficiaire particulier, le capital garanti est versé au conjoint (personne avec laquelle le salarié était marié au jour de son décès) survivant non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, à défaut au partenaire lié par un PACS, à défaut aux héritiers du salarié.

Lorsque cette clause générale n'est pas adaptée à la situation personnelle du salarié, ce dernier peut désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de son choix (par exemple : le concubin) en renvoyant le formulaire "Clause bénéficiaire" disponible sur

www.prevoyons.com ou par lettre recommandée adressée à :

**Humanis
Equipe Orange
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9.**

La majoration éventuelle pour enfants à charge doit obligatoirement profiter à ses seuls enfants, quel que soit le bénéficiaire désigné. Elle leur est alors attribuée par parts égales.

Capital en cas de décès du conjoint de moins de 60 ans survenant simultanément ou après celui du salarié

Le capital de base est partagé entre les enfants issus du mariage avec le salarié décédé ; la majoration pour enfants à charge telle qu'elle existait lors du décès du salarié est versée exclusivement aux enfants restant à charge lors du décès du conjoint.

Enfants à charge

Sont considérés à la charge du salarié les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis par lui à son propre foyer et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, à condition que le salarié ou son conjoint en ait la garde ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le versement d'une pension alimentaire et qu'ils remplissent l'une des quatre conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans et ne se livrer à aucune activité rémunératrice habituelle ;
- être âgés de plus de 21 ans et de moins de 26 ans et poursuivre leurs études en ne se livrant à aucune activité rémunératrice habituelle ;
- être frappés d'une infirmité telle qu'ils ne puissent se livrer à aucune autre activité rémunératrice : l'enfant est alors considéré à charge tant que cette infirmité perdure.

(1) Plafond annuel de la Sécurité sociale : 39 732 € en 2018

Dans les cas de limite d'âge ou de poursuites d'études, les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 18^e, 21^e ou 26^e anniversaire ou au cours duquel survient la fin des études.

Les enfants issus d'une précédente union bénéficient d'une rente pour enfant non limitée à la pension alimentaire fiscalement déductible (chapitre IV 2 du contrat).

Maintien des garanties

En cas d'arrêt de travail

En cas de maladie ou d'accident entraînant l'interruption de travail du salarié :

■ une exonération totale des cotisations est accordée à partir du moment où l'employeur n'est plus tenu, aux termes de la convention collective en vigueur, de verser un salaire au salarié.

Cette exonération est maintenue au bout de trois ans si le salarié est reconnu par la Sécurité sociale en invalidité 2^e ou 3^e catégorie (ou taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 % au regard de la législation sur les accidents de travail).

En tout état de cause, l'exonération cesse à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

■ les garanties sont maintenues, y compris après la fin/cessation du contrat de travail, tant que le salarié perçoit des indemnités journalières ou une rente du régime de prévoyance au titre de la 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité, et ce, dans les mêmes conditions que l'exonération.

Fin/cessation du contrat de travail

En application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale issu de la Loi de Sécurisation de l'Emploi du 14 juin 2013, le salarié continue à bénéficier de l'ensemble des garanties pour lesquelles il était couvert au moment de la fin/cessation du contrat de travail, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés de l'entreprise (sans paiement de cotisation), sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

■ il bénéficie de l'indemnisation par le Pôle emploi et dès lors, il est maintenu automatiquement sans démarche d'affiliation individuelle.

Les prestations restent celles du régime du Groupe.

Cependant, en cas de maladie ou d'accident, Humanis verse des indemnités journalières en complément de celles de la Sécurité sociale, à compter du 46^e jour d'arrêt de travail intervenant durant la période de maintien des garanties. Le versement des prestations

complémentaires pendant les 45 premiers jours d'arrêt (à la charge de l'employeur pour les salariés en activité) n'entre pas dans le champ d'application du maintien des garanties.

Les indemnités versées par Humanis sont limitées au montant de l'allocation chômage.

Le maintien des garanties Prévoyance prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail pour une durée égale à celle de son contrat de travail (ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils ont été consécutifs), et au maximum 12 mois.

Le maintien se poursuit, dans les limites indiquées ci-dessus, tant que l'ancien salarié bénéficie de l'indemnisation par l'assurance chômage. Les justificatifs d'indemnisation par Pôle emploi seront à adresser à Humanis en cas de demande d'indemnisation pour une incapacité de travail indemnisée par la Sécurité sociale ou en cas de décès intervenus pendant la période de maintien des droits.

Le maintien des garanties Prévoyance cesse :

- à la date de reprise d'une activité salariée ou d'arrêt d'indemnisation par l'assurance chômage,
- en cas de non production à Humanis des justificatifs nécessaires au maintien des garanties,
- au terme de la durée de maintien à laquelle vous êtes éligible,
- en cas de résiliation du contrat d'assurance.

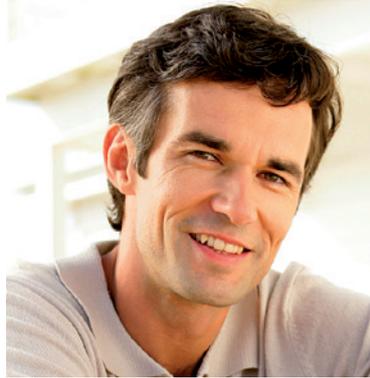
Invalidité absolue et définitive

Le salarié est reconnu en invalidité absolue et définitive lorsqu'il est atteint d'une invalidité le mettant dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

L'invalidité absolue et définitive du salarié peut donner lieu au versement du capital Décès par anticipation au salarié sur sa demande. Dans ce cas, aucun capital ne serait versé au décès du salarié.

Lorsque l'invalidité absolue et définitive résulte d'un accident et survient dans les douze mois qui suivent cet accident (de date à date), il peut être versé au salarié le capital et/ou les rentes pour enfant prévus en cas de décès par accident.

Risques exclus et limitation des garanties



Décès et Invalidité 3^e catégorie

Exclusions - Limitation

■ Suicide

Les salariés ne sont couverts pour le risque de suicide qu'après un an d'affiliation sans interruption à un régime de prévoyance collectif.

■ Risque de guerre

En cas de guerre mettant en cause l'État français, les garanties ne pourront avoir d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

■ Capital supplémentaire en cas de décès accidentel

Sont exclus de la garantie, le suicide, la mort occasionnée par l'un des faits suivants : mouvements populaires, rixes (sauf le cas de légitime défense de soi-même ou d'autrui), participation en tant que concurrent à des matchs ou paris.

La garantie Décès par accident ne s'applique pas en cas de mort résultant des accidents occasionnés par une guerre civile ou étrangère, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'affilié n'y prend pas une part active, ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'entreprise adhérente.

Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne ne sont couverts que si le salarié se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être le salarié lui-même.

Incapacité - Invalidité

Exclusions - Limitation

Sont exclues des garanties Incapacité temporaire de travail et Invalidité permanente les conséquences :

- de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;
- de blessures ou de lésions provenant, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements, de mouvements populaires, de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de rixes, dans lesquels le salarié a pris une part active (sauf les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- de concours de vitesse, courses, matchs, paris (sauf compétitions sportives d'amateurs).

Comment obtenir le versement des prestations ?



Décès du salarié

Le décès du salarié doit être déclaré à Humanis par le Responsable des Ressources Humaines ou l'assistante sociale. Ce sont donc les premiers interlocuteurs sur ces sujets.

Humanis se rapproche du bénéficiaire des prestations pour constitution du dossier à l'aide des justificatifs suivants :

- une copie du livret de famille ;
- un extrait de l'acte de décès ;
- un certificat médical post mortem ;
- un état des rémunérations brutes perçues au cours des douze derniers mois civils d'activité ;
- un extrait d'acte de naissance du salarié décédé ;
- et toutes pièces permettant d'établir de manière officielle la situation de famille et les circonstances du décès.

Décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un PACS et décès d'un enfant à charge de plus de 12 ans avant le salarié

Le décès doit être déclaré dans un délai d'**un mois** à Humanis. Le dossier est établi par le salarié.

Les documents suivants sont à adresser :

- une copie du livret de famille ;
- un extrait de l'acte de décès ;
- un état des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des 12 derniers mois d'activité précédant l'évènement ;
- la facture acquittée des frais d'obsèques (si l'équivalence choisie en prévoit la prise en charge) ;
- et toutes pièces permettant d'établir de manière officielle la situation de famille et les circonstances du décès.

A noter :

L'article L932-23 du Code de la Sécurité sociale interdit l'assurance frais d'obsèques si l'enfant a moins de 12 ans. Cette prestation pourra être prise en charge par l'Action sociale de la Mutuelle Générale et d'Humanis.

La demande est à adresser à prevoyance.orange@humanis.com

Incapacité temporaire

Le salarié doit adresser le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail à la Sécurité sociale.

À partir du jour où l'employeur, en vertu de la convention collective de travail ou des dispositions légales ou réglementaires en vigueur dans l'entreprise, n'est plus tenu de servir un salaire plein, une déclaration doit être faite à Humanis par le Responsable des Ressources Humaines du salarié et accompagnée des documents suivants :

- une attestation mentionnant les périodes d'arrêt de travail sur l'année glissante et précisant la rémunération accordée au salarié ;
- une attestation de paiement d'indemnités journalières ;
- une déclaration de reprise de travail, le cas échéant ;
- le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail.

Invalidité

Pour obtenir le paiement des rentes d'invalidité, les documents suivants sont à adresser à Humanis par le Responsable des Ressources Humaines :

- notification d'attribution de la rente d'invalidité 1^{er}, 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale ;
- ou notification d'attribution d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

En cas d'arrêt de travail donnant lieu à indemnisation par le régime de prévoyance ou en cas de décès, le dossier sera établi par le Responsable des Ressources Humaines et adressé à Humanis.

Infirmité permanente accidentelle

Le paiement du capital est effectué au salarié.
Les justificatifs à faire parvenir à Humanis par le Responsable des Ressources Humaines ou l'assistante sociale sont les suivants :

- certificat médical détaillé comportant la description de l'état de santé et les conséquences probables de l'accident ;
- procès-verbal de l'accident (rapport de police) ;
- état des rémunérations brutes perçues au cours des douze derniers mois d'activités ;
- et toute autre pièce justificative nécessaire.

Contrôle-Expertise

À toute époque et sous peine de déchéance des droits à garantie du salarié, La Mutuelle Générale et Humanis se réservent le droit de procéder au contrôle de son état de santé et des soins engagés par lui. Les contrôles médicaux ainsi réalisés par les organismes assureurs sont effectués par des médecins agréés par eux ou par des médecins choisis sur la liste de la fédération française des associations de médecins-conseils experts.

Les organismes assureurs ne versent pas les prestations au salarié :

- lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de son état de santé ;
- lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder au domicile du salarié, soit en raison de son absence en dehors des heures de sortie autorisées, soit en raison d'une adresse erronée ou incomplète ou d'un code d'accès inconnu ;
- lorsque le salarié ne s'est pas présenté le jour de sa convocation au contrôle médical du médecin-conseil choisi par les organismes assureurs, ou s'il a refusé de se soumettre à ce contrôle.

À ce titre, les organismes assureurs cessent de verser les prestations à compter de la date à laquelle ils en informent le salarié.

En cas de désaccord entre le médecin du salarié et le médecin de l'institution, les parties intéressées choisissent un troisième médecin expert pour les départager.

À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le troisième médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. Les organismes assureurs et le salarié concerné supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, les organismes assureurs peuvent être amenés à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par les organismes assureurs entraînera pour le salarié la perte de tout droit aux prestations versées, à compter de la date à laquelle les organismes assureurs l'informeront du constat de son refus.

Prescription

Toutes les actions dérivant des garanties décrites dans le présent livret 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 que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation des risques garantis au titre du présent livret, que du jour où les intéressés en ont connaissance s'ils prouvent qu'ils ont ignoré l'événement jusque-là.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque pour les risques garantis le bénéficiaire n'est pas le participant. Les causes d'interruption de la prescription sont le commandement, la saisie, la citation en justice.

Réclamations - Médiation

Il est mis à votre disposition la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

Humanis Prévoyance - Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 Saran Cedex
0 969 39 72 72
Tél. (appel non surtaxé)

À compter de la réception de la réclamation, notre organisme apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, notre organisme vous adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra vous être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par notre organisme et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, les bénéficiaires, ou avec l'accord de ceux-ci, notre organisme, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10, rue Cambacérès
75008 Paris

ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel vous concernant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant les organismes assureurs ainsi qu'à leurs partenaires en charge d'activités confiées par ces derniers.

Conformément aux dispositions légales précitées, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à : **contact-cnil@humanis.com** ou par lettre à l'adresse suivante :

Groupe Humanis
Cellule CNIL
Satisfaction clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex.

droitopposition@lamutuellegenerale.fr auprès du CIL ou par lettre à l'adresse suivante :

Secrétaire Général de La Mutuelle Générale,
1-11 rue Brillat Savarin
CS 21363
75634 Paris Cedex 13.

Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, vos bénéficiaires disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de cinq années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant aux organismes assureurs.

Les organismes assureurs prennent les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de ces données conformément aux dispositions légales susvisées.

Prospection commerciale par voie téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique vous pouvez vous inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer :

Société OPPOSETEL,
service Bloctel,
6 rue Nicolas Siret
10 000 Troyes.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas aux organismes assureurs de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposés auprès d'eux (aux adresses ci-dessus), à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale (en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles).

Autorité de contrôle

La Mutuelle Générale et Humanis sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) régie par le Code monétaire et financier, dont le siège social est situé 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Barème "Infirmité permanente accidentelle"

Le taux du barème est appliqué au capital assuré au titre du décès consécutif à un accident.

Article 1 - Infirmité permanente totale

- Cécité totale	100 %
- Aliénation mentale incurable et totale	100 %
- Perte des deux bras ou des deux mains	100 %
- Surdité complète des deux oreilles, d'origine traumatique	100 %
- Ablation de la mâchoire inférieure	100 %
- Perte de la parole	100 %
- Perte d'un bras et d'une jambe	100 %
- Perte d'un bras et d'un pied	100 %
- Perte d'une main et d'une jambe	100 %
- Perte d'une main et d'un pied	100 %
- Perte des deux jambes	100 %
- Perte des deux pieds	100 %

Article 2 - Infirmité permanente partielle

Seules les infirmités permanentes supérieures à 30 % sont prises en compte.

2.1 - Tête

- Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur :	
• Surface d'au moins 6 centimètres carrés	40 %
• Surface de 3 à 6 centimètres carrés	20 %
• Surface inférieure à 3 centimètres carrés	10 %
- Ablation partielle de la mâchoire inférieure - branche montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	40 %
- Perte d'un �eil	40 %
- Surdité complète d'une oreille	30 %

2.2 - Membres supérieurs

	Droit	Gauche
- Perte d'un bras ou d'une main	60 %	50 %
- Perte de substance osseuse étendue au bras (lésion définitive et incurable)	50 %	40 %
- Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65 %	55 %
- Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %
- Ankylose de l'épaule	40 %	30 %
- Ankylose du coude (en position favorable 15� autour de l'angle droit)	25 %	20 %
- Ankylose du coude (en position défavorable)	40 %	35 %
- Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable)	40 %	30 %
- Paralysie complète du nerf médian	45 %	35 %
- Paralysie complète du nerf radial (à la gouttière de torsion)	40 %	35 %
- Paralysie complète du nerf radial (à l'avant-bras)	30 %	25 %
- Paralysie complète du nerf radial (à la main)	20 %	15 %
- Paralysie complète du nerf cubital	30 %	25 %
- Ankylose du poignet en position favorable (dans la rectitude et en pronation)	20 %	15 %
- Ankylose du poignet en position défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	30 %	25 %
- Perte totale du pouce	20 %	15 %
- Perte partielle du pouce (phalange unguéale)	10 %	5 %
- Ankylose totale du pouce	20 %	15 %
- Amputation totale de l'index	15 %	10 %
- Amputation de deux phalanges de l'index	10 %	8 %
- Amputation de la phalange unguéale de l'index	5 %	3 %
- Amputation simultanée du pouce et de l'index	35 %	25 %
- Amputation du pouce et d'un doigt autre que l'index	25 %	20 %
- Amputation de deux doigts autres que le pouce et l'index	12 %	8 %
- Amputation de trois doigts autres que le pouce et l'index	20 %	15 %
- Amputation de quatre doigts y compris le pouce	45 %	40 %

- Amputation de quatre doigts, le pouce étant conserv�e	40 %	35 %
- Amputation du médius	10 %	8 %
- Amputation d'un doigt autre que le pouce, l'index et le médius	7 %	3 %

2.3 - Membres inférieurs

- Amputation de la cuisse (moitié supérieure)	60 %
- Amputation de la cuisse (moitié inférieure et de jambe) ..	50 %
- Perte totale du pied (d�ésarticulation tibio-tarsienne)	45 %
- Perte partielle du pied (d�ésarticulation sous-astragalienne)	40 %
- Perte partielle du pied (d�ésarticulation médio-tarsienne)	35 %
- Perte partielle du pied (d�ésarticulation tarso-métatarsienne)	30 %
- Paralysie totale du membre inférieur (lésion incurable des nerfs)	60 %
- Paralysie complète du nerf sciatique poplit�e externe	30 %
- Paralysie complète du nerf sciatique poplit�e interne	20 %
- Paralysie complète des deux nerfs (sciatique poplit�e externe et interne)	40 %
- Ankylose de la hanche	40 %
- Ankylose du genou	20 %
- Perte de substance osseuse étendue à la cuisse ou des deux os de la jambe, état incurable	60 %
- Perte de substance osseuse étendue de la rotule avec gros écartement des fragments et g�ene considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse	40 %
- Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements	20 %
- Raccourcissement d'au moins 5 cm du membre inférieur	30 %
- Raccourcissement du membre inférieur de 3 à 5 cm	20 %
- Raccourcissement du membre inférieur de 1 à 3 cm	10 %
- Amputation totale de tous les orteils	25 %
- Amputation de quatre orteils dont le gros orteil	20 %
- Amputation de quatre orteils	10 %
- Ankylose du gros orteil	10 %
- Amputation de deux orteils	5 %
- Amputation d'un orteil (autre que le gros)	3 %

L'ankylose des doigts (autres que le pouce et l'index) et des orteils (autres que le gros orteil) ne donnera droit qu'à 50 % du capital pour la perte desdits organes.

Article 3 - Modalités d'application du barème

Si le salarié est gaucher, les taux prévus au barème ci-avant pour les différentes infirmités du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche seront intervertis.

Les infirmités ne figurant pas au barème sont appr eciees par comparaison avec les cas  num er es.

En cas d'infirmités multiples provenant soit d'un accident, soit d'accidents successifs, chaque infirmité partielle est appr eciee isolément sans que, toutefois, l'addition des taux d'infirmité partielle concernant le même membre ou organe puisse excéder le taux résultant de sa perte totale. En tout état de cause, la somme globale des infirmités partielles est limitée à 100 %, le capital global ou le dernier capital partiel, en cas d'accidents successifs, étant calcul e en conséquence.

