



Notice d'information

régime complémentaire de couverture des frais de santé

au bénéfice des salariés
des organismes de Sécurité sociale

Date d'effet 1^{er} avril 2011





Préambule

Les partenaires sociaux de la Sécurité sociale ont signé le 12 août 2008, un accord collectif qui a reçu l'agrément des pouvoirs publics le 7 octobre 2008, visant la mise en place d'un régime frais de santé applicable à l'ensemble des organismes de Sécurité sociale et de leurs établissements, au bénéfice de l'ensemble de leurs salariés. Cet accord concerne également l'ensemble des salariés des organismes ayant reçu l'accord de la Commission Paritaire de Pilotage du régime pour mettre en application ce régime.

A ce titre, vous bénéficiez des garanties découlant de l'accord du 12 août 2008 et de ses avenants et ce, sans condition d'ancienneté.

Ce régime est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

- **Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection sociale de qualité.**
- **Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter votre organisme gestionnaire.**

Sommaire

Bénéficiaires du Régime	5
Bénéficiaires à titre obligatoire	5
Adhésion à titre obligatoire	8
Bénéficiaires à titre facultatif	9
Adhésion à titre facultatif	9
Régime d'accueil des anciens salariés	10
Tiers Payant	11
Carte de Tiers payant	11
Garantie	12
Description de la garantie frais de santé	12
Contrat responsable	12
Prise d'effet de la garantie	13
Terme de la garantie	13
Comment vous faire rembourser ?	13
Pièces justificatives à joindre à vos demandes de remboursements	14
Définitions	14
Territorialité	18
Tableau des garanties	19
Grille optique	20
Fonds de solidarité	20
Cotisations	21
Assiette de cotisations	21
Modalités de paiement des cotisations	21
Évolution des cotisations	22
Défaut de paiement de la cotisation à titre facultatif	22
Dispositions Générales	22
Lexique	23 et 24
Annexe	25

Bénéficiaires du Régime

Bénéficiaires à titre obligatoire

Le régime frais de santé à adhésion obligatoire concerne, sans délai de carence, l'ensemble du personnel sous contrat de travail inscrit à l'effectif de l'organisme adhérent au dispositif.

Chaque salarié dûment affilié au régime est appelé « Assuré ».

Chaque personne qui bénéficie de vos garanties du fait de ses liens avec vous est appelée « Ayant droit ».

Assuré

- **Vous-même**, en qualité de salarié, que vous soyez sous contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée.

Toutefois, vous pouvez être dispensé d'adhésion au présent dispositif, dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- ✓ sous contrat à durée déterminée ou occupant un emploi saisonnier, d'une durée inférieure à douze mois ;
- ✓ sous contrat à durée déterminée égale ou supérieure à douze mois, si vous justifiez de la souscription d'une garantie Frais de santé ;
- ✓ à temps très partiel ou apprenti, n'ayant qu'un seul employeur, si vous deviez, en cas d'adhésion, acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de votre rémunération ;
- ✓ si vous bénéficiez d'une prise en charge au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire ;
- ✓ si vous êtes couvert au titre d'une couverture complémentaire frais de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi et ce, tant que vous pouvez justifier de cette couverture obligatoire.

Vous devez explicitement faire part à votre correspondant ressources humaines de votre demande de dispense d'adhésion lors de votre embauche.

Il faut rappeler que si vous avez été affilié à une couverture complémentaire frais de santé obligatoire avant la mise en place du régime, vous êtes dispensé d'adhésion et ce tant que vous pouvez justifier de cette couverture obligatoire.

Vous devez justifier avant le 31 décembre de chaque année auprès de votre employeur que vous continuez à remplir les conditions permettant une dispense d'adhésion.

Dès lors que les conditions ayant justifié votre dispense d'adhésion cessent, vous êtes affilié obligatoirement au régime à compter du 1^{er} jour du mois suivant la modification de votre situation.

• Disposition particulière pour les couples travaillant dans le même organisme

Si vous et votre conjoint (ou assimilé tel que défini ci-dessous) travaillez dans le **même organisme de Sécurité sociale**, que vous ayez ou non des enfants à charge, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit. L'affilié principal est alors redevable d'une seule et unique cotisation familiale.

Pour plus d'information sur les conditions à remplir, rapprochez-vous de votre correspondant ressources humaines.

Dès lors que la situation (mariage, PACS, concubinage) ayant justifié cet aménagement cesse, vous devez alors cotiser chacun obligatoirement en votre nom propre à compter du 1^{er} jour suivant la modification de votre situation. Il en va de même en cas de départ en retraite de l'un des conjoints.

Ayants droit

Vos ayants droit à titre obligatoire, c'est-à-dire :

- **Votre conjoint (ou assimilé) à charge au sens de la Sécurité sociale :**

- ✓ votre conjoint marié ;
- ✓ votre concubin ;
- ✓ votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).

On entend par concubin la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé la vie commune sous la forme d'un justificatif (*notamment, quittance de loyer, ou justificatif d'un domicile fiscal commun aux deux concubins*).

On entend par partenaire de PACS la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini par les textes en vigueur.

- **Votre enfant ou celui de votre conjoint (ou assimilé) à charge :**

- ✓ jusqu'à son 27^e anniversaire, qui remplit l'une des conditions suivantes :
 - est à votre charge ou à celle de votre conjoint (ou assimilé), au sens de la législation Sécurité sociale,
 - poursuit ses études à temps plein et est régulièrement inscrit dans un établissement ;
 - est demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi et non indemnisé par celui-ci ;
 - est sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, stagiaire, ou étudiant à temps partiel à condition de percevoir des revenus inférieurs à 80 % du Smic brut et ne pas être affilié à un autre régime complémentaire de même nature à adhésion obligatoire.
- ✓ sans limite d'âge, reconnu invalide ou handicapé, dans la mesure où il ne perçoit pas des revenus égaux ou supérieurs à 80 % du SMIC brut.

Cas particulier de dispense d'adhésion d'un enfant à charge :

Les enfants affiliés obligatoirement par un autre régime complémentaire frais de santé ont la faculté, sur présentation de justificatif, de ne pas adhérer au présent régime.

Vous devez justifier avant le 31 décembre de chaque année qu'ils continuent à remplir les conditions permettant la dispense d'adhésion.

Dès lors que la situation ayant justifié cet aménagement cesse, vous devez alors vous acquitter de la cotisation « famille ».



👉 Salarié dont le contrat de travail est suspendu

Les garanties ainsi que la participation de votre employeur vous sont maintenues,

- dès lors que vous vous trouvez en suspension de contrat de travail emportant maintien total ou partiel du salaire (notamment les périodes de suspension liées à une maladie, une maternité ou un accident),
- ainsi que dans les cas suivants (cotisations calculées à partir d'un salaire reconstitué) :
 - ✓ arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
 - ✓ congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;
 - ✓ congé parental d'éducation dans la limite d'un an ;
 - ✓ congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an ;
 - ✓ congé de solidarité familiale ;
 - ✓ congé de soutien familial ;
 - ✓ congé de présence parentale ;
 - ✓ congé sans solde inférieur ou égal à un mois.

Dans tous les autres cas de suspension de contrat de travail, l'adhésion au régime est facultative (cf. les modalités d'adhésion au paragraphe « Bénéficiaires à titre facultatif » page 9).

A défaut d'adhésion au régime facultatif, la suspension de l'affiliation s'applique à vous-même ainsi qu'à l'ensemble de vos ayants droit tels que définis ci-dessus. Pendant la période de suspension d'affiliation, vous ne pouvez, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit, vous prévaloir d'aucun droit au titre du présent régime.

A l'issue de la suspension de votre contrat de travail, vous retrouvez les effets de l'affiliation au régime obligatoire, sans délai de carence.

👉 En cas de rupture de votre contrat de travail

En cas de rupture de votre contrat de travail, vous bénéficiez du maintien de la garantie, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit dans les conditions ci-dessous.

• Conditions cumulatives requises pour l'accès au maintien de la garantie

Vous devez vous trouver dans l'une des situations suivantes :

- ✓ rupture du contrat de travail, suite à licenciement, sauf licenciement pour faute lourde ;
- ✓ rupture anticipée du contrat à durée déterminée, non consécutive à une faute lourde ;
- ✓ rupture conventionnelle du contrat à durée indéterminée ;
- ✓ fin de contrat à durée déterminée ;
- ✓ fin de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- ✓ démission considérée comme légitime par le régime d'assurance chômage ;

Et

- ✓ être bénéficiaire d'une indemnisation au titre du chômage par Pôle emploi.

• Prise d'effet et durée du maintien de la garantie

Le maintien de la garantie prend effet le lendemain de la rupture du contrat de travail pour une durée minimum de 3 mois à compter de la prise d'effet de la rupture de votre contrat de travail et pour une durée égale à 1/3 de la durée prévisible de prise en charge au titre de l'assurance chômage.

Ce maintien est strictement conditionné au paiement par vous-même à votre ancien employeur de la quote-part salariale de la cotisation.

L'employeur doit informer l'organisme assureur dans les plus brefs délais de l'affiliation de ses anciens salariés au dispositif de maintien des droits.

• Fin du maintien de la garantie

Le maintien de la garantie prend fin :

- ✓ en cas de non-respect de vos obligations dans les conditions définies ci-après au paragraphe « Vos obligations » ;
- ✓ à la date de reprise d'une activité professionnelle, quel que soit votre employeur ;
- ✓ à la date où vous percevez une pension vieillesse de la Sécurité sociale ;
- ✓ et au plus tard, au terme de la durée d'indemnisation au titre de l'assurance chômage.

A l'issue de la période de maintien de la garantie, vous pouvez, si les conditions sont réunies, bénéficier du régime d'accueil des anciens salariés décrit à la page 10.

• Vos obligations

Vous devez justifier de votre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage en adressant à votre correspondant ressources humaines une copie de votre admission au chômage, dès réception et de la perception des allocations chômage.

Vous devez signaler également toute modification de votre situation (fin d'indemnisation chômage, reprise d'une activité professionnelle...) à votre correspondant ressources humaines.

Adhésion à titre obligatoire

Votre adhésion prend effet à la date de votre entrée dans l'organisme.

📌 Formalités d'adhésion

Afin d'assurer dans les meilleurs délais l'enregistrement de votre adhésion et celle de vos ayants droit éventuels, vous devez accomplir certaines formalités :

- remplir le bulletin d'adhésion remis par le correspondant ressources humaines de votre organisme, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit ;
- retourner le plus rapidement possible le document complété et signé au correspondant ressources humaines, accompagné des pièces justificatives mentionnées en annexe de la présente notice.

Suite à l'enregistrement de votre adhésion par l'organisme assureur, vous recevrez de celui-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ci-après.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date de soins est postérieure à la date de début de contrat de travail, peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent régime.

📌 Modification de situation familiale

Tout changement de situation de famille (nouvel ayant droit, perte de la qualité d'ayant droit, mariage, décès...), doit être porté à la connaissance de votre employeur, qui vous fera compléter un bulletin individuel de modification d'adhésion, disponible auprès du correspondant ressources humaines et que vous devrez ensuite lui retourner accompagné des pièces justificatives, dans les 15 jours suivant l'événement.

Si nécessaire, une nouvelle carte de tiers payant vous sera alors envoyée par votre organisme assureur.

📌 Modification de situation administrative

Il convient également de signaler très rapidement à votre organisme assureur toute modification relative à la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de Caisse primaire d'assurance maladie, de coordonnées bancaires...).



Bénéficiaires à titre facultatif

Peuvent adhérer à titre facultatif, **sans participation financière de l'employeur**, en contrepartie d'une cotisation spécifique :

- **Vos ayants droit non à charge, c'est-à-dire :**

- ✓ votre conjoint, couvert en qualité d'assuré social à titre personnel par un régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature, ainsi que ses enfants qui remplissent les conditions définies au paragraphe « Ayants droit » page 6 ;
- ✓ l'enfant de votre enfant, ce dernier couvert par le régime en tant que votre ayant droit.

- **Les salariés dont le contrat de travail est suspendu** et ne répondant pas aux conditions d'affiliation obligatoire, ainsi que leurs ayants droit.

- **Les salariés reconnus en invalidité**, par la Sécurité sociale et dont le contrat de travail n'est pas rompu, ainsi que leurs ayants droit.

Adhésion à titre facultatif

👉 Formalités d'adhésion

- **Vos ayants droit non à charge**

L'adhésion prend effet concomitamment à celle du salarié ou dès la survenance d'un événement.

Vous pouvez modifier votre choix en cours d'année lors de la survenance d'un des événements suivants :

- ✓ mariage, pacte civil de solidarité, concubinage, divorce, dissolution du pacte civil de solidarité, fin de concubinage ;
- ✓ changement de situation professionnelle du conjoint (ou assimilé) entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat collectif de santé à adhésion obligatoire ;
- ✓ changement de situation d'un enfant ne satisfaisant plus à une définition d'ayant droit au sens du présent régime ;
- ✓ décès d'un ayant droit.

Vous devrez faire votre demande auprès de votre correspondant des ressources humaines.

Sur présentation des justificatifs, la modification s'appliquera sans période d'attente à la date du fait générateur.

- **Les salariés dont le contrat de travail est suspendu**

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de suspension de votre contrat de travail, matérialisée par un bulletin d'adhésion prévu à cet effet.

Vous devrez faire votre demande auprès de votre correspondant des ressources humaines, à la date de suspension de votre contrat de travail.

- **Les salariés reconnus en invalidité, dont le contrat de travail est suspendu**

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit votre mise en invalidité, matérialisée par un bulletin d'adhésion prévu à cet effet.

Vous devrez faire votre demande auprès de votre correspondant des ressources humaines à la date de votre mise en invalidité.

Votre adhésion prend fin à la date de la rupture de votre contrat de travail. Vous pouvez, si les conditions sont réunies, bénéficier du « Régime d'accueil » décrit ci-après.

Régime d'accueil des anciens salariés

Le régime d'accueil des anciens salariés vous est proposé ainsi qu'à vos ayants droit dès lors que vous vous trouvez dans une des situations suivantes :

- vous bénéficiez d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage et vous n'exercez pas d'activité professionnelle sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite et à votre dernier jour d'activité, vous étiez salarié d'un organisme de Sécurité sociale ;
- vos ayants droit sont également concernés dès lors qu'ils étaient couverts au titre du régime des actifs ;
- en cas de décès d'un salarié actif, vos ayants droit peuvent bénéficier du régime d'accueil des anciens salariés ;
- en cas de décès d'un ancien salarié, les ayants droit peuvent également bénéficier du présent régime.

La garantie est identique à celle du régime des actifs. La cotisation correspondante est à votre charge.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut tant que vous ne reprenez pas une activité professionnelle rémunérée, que vous conservez le bénéfice des prestations et pensions visées ci-dessus et que vous vous acquittez de la cotisation.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut, à votre choix, soit uniquement pour vous-même, soit pour vous-même et vos ayants droit à la date de cessation de votre contrat de travail.

Formalités d'adhésion

Vous devez en faire la demande en remplissant un bulletin d'adhésion au régime des anciens salariés, dans les six mois qui suivent votre départ de l'organisme ou à la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien de garantie tel que prévu au paragraphe « En cas de rupture du contrat de travail » page 7.

Vous pouvez vous procurer le bulletin d'adhésion au régime soit auprès de votre employeur soit auprès de votre organisme assureur.

En cas de décès du salarié ou de l'ancien salarié, les ayants droit doivent également en faire la demande auprès de l'organisme assureur en remplissant le bulletin d'adhésion prévu à cet effet, dans les six mois suivant le décès.

Résiliation de l'adhésion facultative

La faculté de résiliation s'exerce par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception moyennant le respect d'un préavis de deux mois au moins avant le 31 décembre de chaque année.

Cette adhésion est souscrite pour une durée d'un an. Elle est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dans les cas suivants :

- résiliation par l'adhérent dans les conditions susvisées ;
- résiliation par l'assureur, en cas de non-paiement de cotisation par l'adhérent ;
- adhésion justifiée de l'adhérent à un régime obligatoire.

Toute demande de résiliation dans le cadre d'une adhésion facultative est considérée comme définitive, sauf cas particuliers (réintégration du conjoint en cas de licenciement).

Cette résiliation vaut tant pour l'assuré que pour ses ayants droit.



Tiers Payant

Le tiers payant est un accord passé entre l'organisme assureur et les professionnels de santé, qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans le cadre des prestations garanties.

Pour bénéficier de ce service, vous présentez aux professionnels de santé votre carte de tiers payant et votre attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale ou votre carte Vitale.

Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation, la pharmacie et, selon les accords existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les cabinets dentaires et auprès des opticiens.

Si vous réglez au professionnel de santé une partie des soins, vous devez réclamer un justificatif de paiement et l'adresser à votre organisme assureur.

Carte de Tiers Payant

Suite à l'enregistrement de votre adhésion par l'organisme assureur, vous recevrez de celui-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ci-dessus.

Si vous quittez votre organisme et dans tous les cas si vous ne remplissez plus les conditions pour bénéficier du présent régime, vous devez restituer votre ou vos carte(s) de tiers payant à votre correspondant ressources humaines.



Garantie

Description de la garantie frais de santé

La garantie frais de santé consiste, sous réserve des exclusions prévues par la présente notice, à vous faire bénéficier ainsi qu'à vos ayants droit de la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux prescrits par une autorité médicale qualifiée, lorsqu'ils sont occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et remboursés par la Sécurité sociale.

Les frais médicaux pris en charge par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire à l'exception des soins hors nomenclature, sauf cas expressément indiqués dans le tableau de garanties en page 19.

Les prestations sont dues au titre des soins de santé intervenant à compter de la date d'effet de l'adhésion, et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime.

A l'exception des prestations exprimées forfaitairement en euros, les prestations mentionnées dans le tableau des garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Les prestations sont dans tous les cas limitées pour chaque acte aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

Contrat responsable

Le régime collectif intègre les dispositions de la loi 2004-801 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance maladie, du décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 fixant le cadre dans lequel les contrats d'assurance maladie complémentaire sont qualifiés de « responsables » et le décret 2007-1937 du 26 décembre 2007 relatif à l'application des franchises médicales. En conséquence :

• Le régime ne prend pas en charge

- ✓ la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins : absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ou, à compter de sa mise en place, de non autorisation d'accès au dossier médical personnel (article L.161-32-2 du Code de la Sécurité sociale) ;
- ✓ les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- ✓ la participation forfaitaire mise à la charge de l'affilié pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes biologiques (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale) ;
- ✓ les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L-322.2 du Code de la Sécurité sociale).

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur.

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

• Le régime prend en charge

- ✓ l'ensemble des prestations de prévention figurant dans la liste des actions considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de Santé Publique et fixées par l'arrêt du 8 juin 2006 (publié au Journal Officiel du 18 juin 2006). Cette prise en charge s'effectue sur la base du tableau de garanties décrit ci-après. En l'absence d'indication, la prise en charge s'effectue sur la base de 100 % du ticket modérateur ;
- ✓ le remboursement, au minimum au niveau suivant dans le cadre du parcours de soins :
- ✓ 30 % du tarif opposable des consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins ;
- ✓ 30 % du tarif opposable des médicaments prescrits par le médecin traitant lorsqu'ils sont remboursés à 65 % par la Sécurité sociale (vignette blanche) ;
- ✓ 35 % du tarif de la Sécurité sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire prescrits dans le cadre du parcours de soins.



Prise d'effet de la garantie

Pour tous les salariés présents à l'effectif au 1^{er} janvier 2009, date d'effet du régime, la garantie a pris effet à cette même date. Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet et leurs ayants droit, la garantie prend effet dès la date d'effet de leur contrat de travail et dès l'adhésion pour les adhérents à titre facultatif.

- **Naissance ou adoption**

La garantie est acquise dès la naissance ou à la date d'adoption d'un enfant mineur.

Terme de la garantie

- **Le terme de la garantie survient au plus tard :**

- ✓ à la date de résiliation de l'adhésion souscrite par votre employeur ;
- ✓ à la date de rupture de votre contrat de travail ;
- ✓ à la date de votre décès.

Toutefois, dans ces deux derniers cas, vous pouvez ainsi que vos ayants droit en cas de décès, demander le maintien de la garantie à titre facultatif dans les conditions décrites dans la présente notice.

En tout état de cause, à la date de dénonciation de l'accord du 12 août 2008 et au plus tard, à la fin de la période de survie du régime.

- **Pour les adhésions facultatives, la garantie cesse :**

- ✓ à la date de résiliation de l'adhésion par l'adhérent ;
- ✓ à l'issue de la procédure, en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe « défaut de paiement de la cotisation à titre facultatif » page 22 ;
- ✓ à la date du décès de l'adhérent.

- **Dans tous les cas, le terme de la garantie prévu au régime entraîne purement et simplement la cessation immédiate des droits pour l'assuré et ses ayants droit.**

Comment vous faire rembourser ?

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et votre organisme assureur. Grâce à lui, vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes ; c'est la CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité la feuille de soins.

Le règlement des prestations de votre organisme gestionnaire s'effectue directement sur votre compte par virement bancaire avec transmission d'un relevé des remboursements effectués.

Cependant, pour certains actes (dentiste, optique, hospitalisation, cure...) l'envoi de pièces justificatives à l'organisme assureur est nécessaire (voir ci-après paragraphe « pièces justificatives à joindre à vos demandes de remboursements »).

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du système NOEMIE, vous devrez le préciser expressément sur votre bulletin d'adhésion. Vous devrez alors adresser à votre organisme assureur vos demandes de remboursement accompagnées des originaux des décomptes de la Sécurité sociale et, le cas échéant, des justificatifs des frais réels engagés.

- **Adhésion à plusieurs organismes complémentaires**

La liaison NOEMIE ne fonctionne qu'entre la CPAM et un seul organisme complémentaire. En cas d'adhésion à plusieurs organismes, vous devrez choisir celui auprès duquel la connexion souhaitée sera établie et l'indiquer lors de votre adhésion.

Si vous êtes bénéficiaire de plusieurs garanties frais de santé, vous pouvez obtenir le versement des prestations de chacune d'elles et ce, dans la limite des dépenses réellement engagées.

En cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à votre organisme assureur l'original du relevé de prestations de cet organisme, les copies des décomptes de la Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.



Pièces justificatives à joindre à vos demandes de remboursements

👉 Frais dentaires / Parodontologie / Implantologie / Orthodontie

- Facture détaillée et acquittée du professionnel de santé, précisant :
 - ✓ la nature des travaux effectués et le numéro des dents concernées ;
 - ✓ le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.

👉 Frais d'optique médicale

- ✓ la facture détaillée acquittée de la monture et des verres ainsi que la prescription médicale peuvent être demandées à des fins de contrôle ;
 - ✓ prescription médicale et facture détaillée acquittée pour les lentilles refusées par la Sécurité sociale ;
 - ✓ facture détaillée acquittée pour la chirurgie réfractive de l'œil.
- **En cas de nouvel équipement avant l'échéance des deux ans :**
 - ✓ facture détaillée et prescriptions médicales (initiale et actuelle), attestant le changement de correction.
 - **En cas de bris de lunettes :**
 - ✓ facture détaillée justifiant le remplacement à l'identique pour cause de bris de lunettes et pris en charge par la Sécurité sociale.

👉 Orthopédie – Prothèses autres que dentaires

- ✓ facture détaillée acquittée ;
- ✓ prescription médicale pour l'orthopédie et les prothèses non remboursées par la Sécurité sociale.

👉 Cures thermales

- ✓ prescription médicale, facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal ;
- ✓ décompte de la Sécurité sociale ;
- ✓ facture acquittée des frais d'hébergement et de transport.

L'organisme assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce justificative nécessaire au règlement de la prestation.

Définitions

👉 Hospitalisation

La garantie des frais d'hospitalisation porte sur :

- ✓ les frais d'hospitalisation chirurgicale exposés en clinique ou à l'hôpital (service chirurgie) et faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire ;
- ✓ les frais d'hospitalisation médicale en cas de séjour en clinique ou à l'hôpital (service médecine) et faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire ;
- ✓ et de façon générale, les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé sous réserve qu'ils soient remboursés par le régime obligatoire.

Les remboursements sont effectués selon les taux et dans les limites fixés au tableau de garanties ci-après.

Tous suppléments, tels que suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde etc., ne donnent pas lieu à remboursement, à moins qu'ils ne soient pris en charge par la Sécurité sociale.

Les notes d'honoraires ne peuvent être remboursées que sur présentation d'un justificatif établi par l'établissement de soins.



🔴 Lit d'accompagnant

Dans le cadre de l'hospitalisation (étendu aux maisons d'accueil des familles) d'un enfant jusqu'à la veille de son seizième anniversaire.

Ce remboursement est conditionné à la facturation par l'établissement où l'enfant est soigné et couvre les frais annexes de l'accompagnant (lit et repas) dans la limite du montant garanti par le régime, sans dépasser la dépense engagée.

🔴 Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. Elle n'est pas remboursée par l'Assurance maladie obligatoire, sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Son coût varie selon les établissements. Elle est prise en charge uniquement dans le cadre d'une hospitalisation et dans la limite du montant journalier garanti par le régime, sans dépasser la dépense engagée et pour une durée maximale de 90 jours par année civile.

🔴 Forfait journalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (hôpital, clinique, maison de repos, de convalescence ou de rééducation).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er janvier 2010, son montant est de 18 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 13,50 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, il est pris en charge intégralement par le régime complémentaire sans limitation de durée.

🔴 Chirurgie ambulatoire (ou chirurgie de jour)

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

🔴 Soins ambulatoires

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en « soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.

Synonymes : *soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.*

🔴 Actes techniques

Entrent dans cette rubrique les actes techniques et de chirurgie (y compris petite chirurgie et actes de spécialité) qu'ils soient effectués lors d'une hospitalisation, en ambulatoire ou au cabinet d'un professionnel de santé, sous réserve qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale.

Ne sont pas concernés par cette rubrique, les actes de chirurgie dentaire qui sont remboursés selon le niveau visé au poste « soins dentaires ».

Dentaire

Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale

Entrent dans la catégorie prothèses dentaires remboursées, les couronnes, inlays-core, inlay-core à clavette, bridges et appareils dentaires. Pour ces actes, la lettre-clé est le SPR.

La prestation complémentaire est versée sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite du montant garanti par le régime, sans dépasser la dépense engagée.

Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale (mais figurant à la nomenclature)

Il s'agit d'une couronne dentaire apposée sur une dent vivante (*pouvant être durablement reconstituée par obturation : amalgame, inlay-onlay...*), dans le cadre de la pose d'un bridge (piliers) par exemple. Dans ce cas, il n'y a pas de remboursement de la Sécurité sociale, mais le régime complémentaire interviendra sur la base d'une prothèse dentaire codifiée **SPR 50** selon les modalités précisées dans le tableau de garanties.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis détaillé du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ; le montant des honoraires correspondant au traitement ; le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Inlay-onlay

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

L'inlay et l'onlay sont remboursés comme des soins dentaires.

**Le chirurgien-dentiste pratique le plus souvent des dépassements sur ces actes.
Il est judicieux de lui demander un devis avant qu'il effectue ces soins.**

Implant

Il s'agit d'une racine artificielle en titane fixée dans l'os de la mâchoire destinée à remplacer une racine dentaire perdue et à supporter une dent (ou un élément) prothétique. On distingue l'implant des autres éléments de la dent artificielle, à savoir le pilier implantaire qui est vissé dans l'implant et la prothèse scellée sur le pilier prothétique intermédiaire.

L'implant et le pilier ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Le régime complémentaire intervient uniquement pour l'implant racine.

La couronne sur implant est une prothèse remboursée par la Sécurité sociale (codification SPR 30).

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le montant des honoraires correspondant au traitement.

Orthodontie

Il s'agit de traitement dento-facial visant à corriger les dysmorphoses.

La Sécurité sociale prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans.

Pour le remboursement des actes d'orthodontie non acceptés par la Sécurité sociale, la base de remboursement est reconstituée conformément à celle qui aurait été retenue pour des actes acceptés.



Parodontologie

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé des tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Certains actes de parodontologie (détartrage, gingivectomie..) sont pris en charge par la Sécurité sociale, les plus courants étant les actes codifiés SC 12 et DC 20. Ils sont donc remboursés par le régime complémentaire sur la base des soins dentaires.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale sont remboursés par le régime complémentaire dans la limite du forfait figurant au tableau de garanties.

Optique

La monture fait l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité sociale.

Les verres sont remboursés par la Sécurité sociale sur la base de tarifs qui varient selon le degré de correction.

Le prix des verres varie selon le type de correction (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflet ou anti-rayures, verres incassables...).

Le régime intervient en complément de ces remboursements, dans la limite des prestations fixée au tableau de garanties pour une paire de lunettes tous les deux ans, sans dépasser la dépense engagée.

Les opticiens ont l'obligation de remettre à l'assuré un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par l'assurance maladie obligatoire.

Les lentilles

La Sécurité sociale ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

Elles sont remboursées par le régime complémentaire.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale sont remboursés par le régime complémentaire dans la limite du forfait figurant au tableau de garanties.

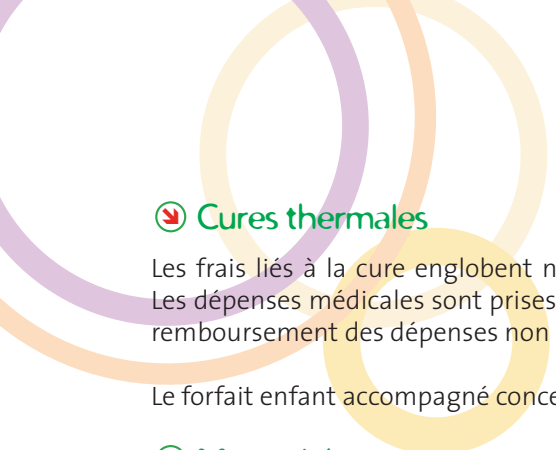
Appareillages médicalement prescrits

Les appareillages médicalement prescrits sont pris en charge dans la mesure où ils figurent sur la Liste des Produits et Prestations (LPP).

Pour les appareillages non remboursés par la Sécurité sociale, le remboursement est forfaitaire, dans la limite des frais réellement engagés.

S'agissant des appareils auditifs, la garantie entre en jeu si la Sécurité sociale intervient pour l'une au moins des deux oreilles.





👉 Cures thermales

Les frais liés à la cure englobent notamment les frais médicaux (honoraires, soins), de transport et d'hébergement. Les dépenses médicales sont prises en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un tarif conventionnel, tandis que le remboursement des dépenses non médicales variera selon les ressources.

Le forfait enfant accompagné concerne les enfants affiliés jusqu'à la veille de leur seizième anniversaire.

👉 Maternité

Les frais exposés au titre de la maternité et donnant lieu à l'intervention du régime obligatoire au titre de l'assurance maternité donnent lieu à l'intervention du régime selon les mêmes modalités que pour les frais exposés au titre de la maladie ou de l'hospitalisation.

En tout état de cause, vous ne pourrez obtenir un remboursement maximal qu'à hauteur de vos dépenses engagées.

👉 Les prestations de prévention obligatoires

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières 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 quatorzième anniversaire.
2. un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. 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 :
 - a) audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) haemophilus influenzae B ;
 - g) vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Territorialité

Les garanties ne vous sont acquises que si vous exercez votre activité sur le territoire français. Les garanties de frais de santé souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier si votre séjour à l'étranger n'excède pas trois mois et si vous êtes détaché par l'employeur au sein de l'Union européenne, sous réserve que vous bénéficiiez du régime général de la Sécurité sociale. Les prestations de votre organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale française et sont payées en euros.

Tableau des garanties

ACTES	REMBOURSEMENT MAXIMAL DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGÉS
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires	250 % de la BR moins RSS
Séjours	250 % de la BR moins RSS
Forfait journalier ⁽¹⁾	100 % des FR
Chambre particulière ⁽²⁾	50 € / jour
Lit accompagnant (jusqu'à la veille de son 16 ^e anniversaire) ⁽¹⁾ (y compris maison d'accueil des familles)	30 € / jour
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à 30 % (vignette bleue) et 65 % (vignette blanche)	100 % de la BR moins RSS
Pharmacie remboursée à 15 % (vignette orange)	Non prise en charge
Frais médicaux courants	
Consultation – visite généraliste	140 % de la BR moins RSS
Consultation – visite spécialiste	170 % de la BR moins RSS
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR moins RSS
Actes techniques	150 % de la BR moins RSS
Radiologie	150 % de la BR moins RSS
Analyses	100 % de la BR moins RSS
Autres frais médicaux courants (transports sanitaires)	100 % de la BR moins RSS
Forfait sur actes techniques d'un montant ≥ 120 €	18 €
Dentaire	
Soins	100 % de la BR moins RSS
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	400 % de la BR moins RSS
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	300 % de la BR reconstituée sur un SPR 50
Orthodontie acceptée	300 % de la BR moins RSS
Orthodontie refusée	300 % de la BR moins RSS reconstituée
Implants dentaires	430 € par implant
Parodontie	150 € par personne et par année civile ⁽⁵⁾
Optique - 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans ⁽⁴⁾	
Verre	Cf. grille
Monture	100 € par personne ⁽⁵⁾
Lentilles médicalement prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale	200 € par personne et par année civile ⁽⁵⁾
Chirurgie laser	250 € par œil
Appareillage médicalement prescrit	
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	250 % de la BR moins RSS
Appareillage non remboursé par la Sécurité sociale	150 € par personne et par année civile
Appareil auditif (par oreille)	100 % du TM + 1 000 € par oreille
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale*	
Pour un adulte	100 % TM + 230 € par personne
Pour un enfant jusqu'à la veille de son 16 ^e anniversaire	100 % TM + 275 € par enfant accompagné
Contraception médicalement prescrite	200 € par année civile ⁽⁵⁾
Actions de prévention	
Toutes celles prévues par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % du TM

BR : base de remboursement Sécurité sociale - RSS : remboursement Sécurité sociale - FR : frais réels - TM : ticket modérateur.

(1) Sans limitation de durée.

(2) Dans la limite de 90 jours par année civile.

(3) Prothèses figurant dans la nomenclature.

(4) Pour les seuls bénéficiaires âgés de 18 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement tous les 2 ans, sauf modification de la correction visuelle ou bris de lunettes (par an il faut entendre année civile).

(5) Fait générateur = date de soin ou à défaut date de facture.

* Cure thermale : y compris le transport et l'hébergement remboursés ou non par la Sécurité sociale.

Grille optique

DESIGNATION DES ACTES	Adulte à partir du 18° anniversaire		Enfant de moins de 18 ans		Prestations forfaitaires complémentaires au RO dans la limite des frais réels (forfait par verre)
	Code LPP	Base de Remboursement RO	Code LPP	Base de Remboursement RO	
VERRE SIMPLE FOYER SPHERIQUE					
Sphère de -6 à +6	2203240-2287916	2,29 €	2242457-2261874	12,04 €	90 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459-2265330 2280660-2282793	4,12 €	2243304-2243540 2291088-2297441	26,68 €	200 €
Sphère < -10 ou > +10	2235776-2295896	7,62 €	2248320-2273854	44,97 €	250 €
VERRE SIMPLE FOYER SPHÉRO-CYLINDRIQUE					
Cylindre < +4 Sphère de -6 à +6	2226412-2259966	3,66 €	2200393-2270413	14,94 €	95 €
Cylindre < +4 Sphère de <-6 à > +6	2254868-2284527	6,86 €	2219381-2283953	36,28 €	250 €
Cylindre > +4 Sphère de -6 à +6	2212976-2252668	6,25 €	2238941-2268385	27,90 €	200 €
Cylindre > +4 Sphère de <-6 à > +6	2288519-2299523	9,45 €	2206800-2245036	46,50 €	300 €
VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHÉRIQUE					
Sphère de -4 à +4	2290396-2291183	7,32 €	2264045-2259245	39,18 €	260 €
Sphère < +4 ou > +4	2245384-2295198	10,82 €	2202452-2238792	43,30 €	350 €
VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHÉRO-CYLINDRIQUE					
Sphère de -8 à +8	2227038-2299180	10,37 €	2240671-2282221	43,60 €	290 €
Sphère de < -8 ou > +8	2202239-2252042	24,54 €	2234239-2259660	66,62 €	400 €

Sont également remboursés dans la limite du forfait « VERRES » les suppléments d'optique (*tels que les prismes, les filtres..*) inscrits à la Liste des Produits et Spécialités remboursables (LPP) qui sont prescrits et facturés en plus **hors de l'achat de matériel d'optique médicale**.

Fonds de solidarité

Conformément aux articles 10 et 16 du protocole d'accord signé le 12 août 2008, un fonds de solidarité est mis en place à destination des actifs et des anciens salariés. L'objectif est de permettre l'attribution d'allocations exceptionnelles, au-delà des prestations inscrites au tableau de garanties du régime, à destination des assurés qui ont dû faire face à des dépenses de santé (médicales ou paramédicales) particulièrement importantes pour eux-mêmes ou leur famille, compte tenu de leurs ressources financières.

• Gestion du fonds

Ce fonds de solidarité est géré sous le contrôle de la Commission Paritaire de Pilotage qui :

- ✓ établit le règlement du fonds de solidarité : conditions dans lesquelles ces allocations exceptionnelles peuvent être versées : types de dépenses susceptibles d'être prises en charge dans ce cadre et conditions de ressources pour les bénéficiaires,
- ✓ organise la gestion et notamment attribue les aides exceptionnelles après instruction des dossiers, dans la limite des ressources disponibles.

Pour bénéficier de ce fonds de solidarité, vous devez constituer un dossier à retirer auprès de votre assureur qui le transmettra pour décision une fois que celui-ci sera complet (imprimé disponible auprès de votre responsable des ressources humaines ou de votre organisme assureur).

Les décisions d'attribution sont prises par une Commission issue de la Commission Paritaire de Pilotage (CPP).



Cotisations

Assiette de cotisations

La cotisation annuelle est déterminée en fonction de la composition familiale suivant deux types de cotisation :

➡ Cotisation « isolé » :

- pour les salariés justifiant ne pas avoir d'ayant droit à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
- pour les salariés dont les ayants droit à charge sont déjà couverts par un régime complémentaire obligatoire de frais de santé (sous réserve de justificatif).

➡ Cotisation « famille » :

- pour les salariés ayant déclaré des ayants droit à charge (conjoint ou assimilé, enfants) ;
- pour les couples travaillant dans le même organisme qui en font la demande.

➡ Pour les ayants droit non à charge (adhérents à titre facultatif) : une cotisation par ayant droit.

- Pour l'adhésion à titre obligatoire, la cotisation est exprimée avec une partie forfaitaire en euros calculée sur la base du Plafond de la Sécurité sociale et une partie en pourcentage du salaire brut d'activité limité à la tranche A. Elle donne lieu à une participation de 50 % par votre l'employeur.
- Pour l'adhésion à titre facultatif, la cotisation est exprimée forfaitairement en euros et calculée sur la base du Plafond de la Sécurité sociale. Elle ne donne pas lieu à participation de l'employeur.
- Pour les adhérents relevant du régime Alsace Moselle, les cotisations sont calculées à hauteur de 60 % de celles du régime général.
- Pour les salariés reconnus en invalidité dont le contrat de travail est suspendu, l'assiette de la cotisation « isolé » ou « famille » est minorée de 25 %.
- Pour les anciens salariés d'un organisme de Sécurité sociale, ainsi que leurs ayants droit à charge, y compris après le décès de l'ancien salarié s'ils bénéficient d'une pension de réversion, la cotisation isolé ou famille est diminuée de la participation du fonds de financement des cotisations des anciens salariés. Depuis le 1^{er} janvier 2009, cette participation s'élève à 20 % de la cotisation due.

Modalités de paiement des cotisations

➡ Adhésion à titre obligatoire

- La part de cotisation du salarié est précomptée directement par l'employeur sur le bulletin de salaire. En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, la part de cotisation continue à être prélevée par l'employeur.
- Pour l'ancien salarié remplissant les conditions pour bénéficier du maintien de garantie tel que défini à la page 7 de la notice, sa part de cotisation afférente à la période de maintien est versée à l'employeur.

➡ Adhésion à titre facultatif

- La cotisation additionnelle par ayant droit non à charge est prélevée mensuellement directement sur le bulletin de salaire.
- Pour les autres catégories d'adhésions facultatives (salarié en suspension de contrat de travail, invalide et ancien salarié y compris ayants droit d'un salarié ou d'un ancien salarié décédé bénéficiaires du régime d'accueil), la cotisation est prélevée par l'organisme assureur sur le compte bancaire, pour l'assuré et ses ayants droit.

Évolution des cotisations

Les cotisations et les contributions éventuelles évolueront conformément aux dispositions du protocole d'accord du 12 août 2008 et de ses éventuels avenants.

Défaut de paiement de la cotisation à titre facultatif (en l'absence de précompte par le souscripteur)

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit par l'organisme assureur de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel, la garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure de paiement de l'adhérent.

Dans le cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'organisme assureur a le droit de résilier ses garanties 40 jours après l'envoi de la mise en demeure de paiement.

Dispositions Générales

🔴 Prescription

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

Ainsi, ce délai ne court :

- ✓ en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- ✓ en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'assuré ou de ses ayants droit contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

🔴 Déchéance

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'affilié, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; l'annulation des droits aux prestations peut être alors prononcée, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

🔴 Subrogation

L'organisme assureur est subrogé de plein droit aux adhérents victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

🔴 Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de votre garantie, vous pouvez avoir recours au médiateur de l'organisme assureur.

🔴 Organisme de contrôle /informatique et libertés

L'organisme de contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située au 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

En vertu des dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, l'assuré et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives qui s'exercent auprès de l'Organisme ayant recueilli l'adhésion.

Lexique

🔴 Dossier médical personnel

Il contiendra des informations sur la santé du patient (allergies, résultats d'examens, traitements en cours...). Constitué et mis à jour par le médecin traitant, ce dossier sera informatisé dans le strict respect du secret médical (à l'étude).

🔴 Forfait de 1 euro

Participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- Des enfants de moins de 18 ans,
- Des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse,
- Et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

🔴 Forfait de 18 euros

Participation forfaitaire de 18 euros à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait 18 euros (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

🔴 Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008.

Son montant est de :

- 0,50 euro par boîte de médicaments ;
- 0,50 euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 euros par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

🔴 Médecin traitant

Médecin chargé de la prise en charge du patient ou de son orientation vers un confrère (médecin correspondant) pour un avis ponctuel ou un suivi régulier. C'est dans la grande majorité un généraliste, mais il peut s'agir également d'un spécialiste. Le choix du médecin traitant doit avoir été déclaré à l'organisme d'Assurance maladie.

🔴 Médecin correspondant

Généraliste ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant.

Avis ponctuel : avis « d'expert » qui ne prescrit pas de traitement (une visite au maximum tous les six mois).

Suivi régulier : prend en charge le traitement du patient jusqu'à guérison de la pathologie spécifique pour laquelle le patient lui a été adressé par le médecin traitant.

🔴 Option de coordination

Engagement d'un médecin généraliste ou spécialiste exerçant en secteur 2, à réaliser au moins 30 % de ses honoraires sur la base des tarifs conventionnels du secteur 1 pour les patients adressés par leur médecin traitant.

➡ Parcours coordonné

Mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant pour tout problème de santé. C'est lui qui conseille à son patient d'aller, si nécessaire, consulter un médecin spécialiste, en libéral ou à l'hôpital.

➡ Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est pas prise en charge, ni par la Sécurité sociale, ni par sa complémentaire santé. Il peut s'agir notamment des dépassements d'honoraires.

➡ Spécialistes en accès direct

Il n'est pas obligatoire de passer par son médecin traitant pour consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou encore un psychiatre (de 16 à 25 ans pour la psychiatrie). Les dentistes sont aussi en accès direct, car ils ne sont pas concernés par le système du parcours coordonné.

➡ Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires «avec tact et mesure», et en informer préalablement son patient, au moins par l'affichage de ses tarifs en salle d'attente.

➡ Médecin conventionné Secteur 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » et il applique un tarif fixe (exemple : 23 euros chez le généraliste). Un spécialiste en secteur 1 peut toutefois pratiquer des majorations tarifaires hors parcours de soins.

➡ Médecin conventionné Secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné honoraires libres » et fixe lui-même ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base du secteur 1.

➡ Médecin non conventionné

Certains médecins n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale et pratiquent des honoraires non encadrés. La Sécurité sociale calcule alors son remboursement sur la base d'un tarif de responsabilité spécifique, le Tarif d'Autorité (TA).

➡ BRSS

Base de remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale et du présent régime complémentaire.

➡ PMSS

Plafond mensuel de la Sécurité sociale : 2 946 euros au 1^{er} janvier 2011.

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale revalorisé chaque année peut être consulté sur le portail de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr.

➡ Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, invalidité etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

➡ Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement.

Annexe

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR LORS DE L'ADHÉSION (Photocopies)

Assuré	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par votre caisse d'Assurance maladie + relevé d'identité bancaire
Conjoint	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
Concubin	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture et attestation sur l'honneur + attestation d'immatriculation Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
Partenaire de PACS (Pacte Civil de Solidarité)	Contrat de PACS + attestation papier d'immatriculation Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, justifiant de la qualité d'ayant droit de l'enfant
Enfants jusqu'à son 27^e anniversaire, qui poursuit ses études à temps plein	Certificat de scolarité fourni annuellement + attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale du régime étudiant
Enfants jusqu'à son 27^e anniversaire, en contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou stagiaire et percevant une rémunération inférieure à 80 % du SMIC brut	Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou convention de stage + attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale de l'enfant + attestation fiscale ou à défaut le dernier bulletin de salaire
Enfants jusqu'à son 27^e anniversaire et inscrit au Pôle emploi pour un premier emploi	Certificat de scolarité de la dernière année d'études + attestation d'inscription au Pôle emploi + attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant handicapé touchant une rémunération inférieure à 80 % du SMIC brut	Document justificatif

Certaines pièces justificatives ont une durée de validité de un an. Chaque année votre organisme assureur vous demandera de lui transmettre les justificatifs afin de prolonger les droits de vos enfants à charge.
Il se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

Poursuite d'études à temps plein	Sont concernés les enfants inscrits dans un établissement d'études secondaires, universitaire ou une faculté, dans un IUT ou un établissement habilité à délivrer un BTS, en classe préparatoire aux grandes écoles, dans une école supérieure publique ou privée (sous contrat avec l'Education Nationale)
Poursuite d'études à temps partiel	Sont concernés les enfants qui poursuivent des études en contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation) de stage (y compris les enseignants stagiaires) et dont les ressources sont inférieures à 80 % du SMIC brut

Les mutuelles gestionnaires et assureurs

➡ Pour toute information, contacter votre mutuelle gestionnaire.

Mutuelles gestionnaires	Mutuelles assureurs
ADREA Mutuelle 393, rue de l'Hostellerie - 30018 NÎMES CEDEX Tél. : 09 69 36 86 28	ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 311 799 878 Siège social : 226, cour de la Libération - 38000 GRENOBLE CEDEX 2
APREVA Rue des Canoniers - BP 70299 - 59306 VALENCIENNES Tél. : 36 20 dites « complémentaire sécu »	APREVA Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 775 627 391 Siège social : 20, boulevard Denis Papin BP 1173 - 59012 LILLE CEDEX
EOVI Languedoc Mutualité 88, rue de la trente deuxième - 34264 MONTPELLIER CEDEX 2 Tél. : 0 969 322 251	EOVI Mutuelle Drôme Arpica Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 434 806 089 Siège social : 5, rue Belle Image - BP 1026 - 26028 VALENCE CEDEX
EOVI Mutuelle Creusoise 2, rue d'Arsonval - BP 211 - 23004 GUÉRET CEDEX Tél. : 0 969 329 329	
EOVI Mutuelle du Limousin 62, boulevard Gambetta - BP 420 - 87011 LIMOGES CEDEX 1 Tél. : 0 969 320 320	
EOVI Mutuelles Présence 13, boulevard Maréchal Fayolle - CS 90092 43009 LE PUY EN VELAY CEDEX Tél. : 0 969 321 313	
EOVI Mutuelle Drôme Arpica 5, rue Belle Image - BP 1026 - 26028 VALENCE CEDEX Tél. : 0 969 326 060	
EOVI La MIF 14, avenue Julien - 63038 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1 Tél. : 0 969 324 040	
Harmonie Mutualité 12, rue Bernard Lathière - CS 40085 87003 LIMOGES CEDEX 1 Tél. : 09 80 98 05 00	Harmonie Mutualité Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 500 751 789 Siège social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS
MEPSS Agence de Marseille : 146 A, avenue de Toulon - 13010 MARSEILLE Tél. : 04 91 23 41 58 Agence de Nice : 35 rue Pastorelli - 06000 NICE Tél. : 04 93 62 51 93	MEPSS substituée par la Mutuelle de France Sud Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 782 814 818 Siège social : 146 A, avenue de Toulon - 13010 MARSEILLE
MGEC 51, rue Duhesme - 75018 PARIS Tél. : 01 42 51 75 71	MGEC substituée par la FMP (Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne) Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 380 114 512 Siège social : 51, rue Duhesme - 75018 PARIS
MIRPOSS Niort 1, rue de l'Angélique - Parc d'activité de l'Ebaupin - Bessines 79000 NIORT CEDEX Tél. : 05 49 77 30 77	MIRPOSS Niort Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 781 459 631 Siège social : 1, rue de l'Angélique - Parc d'activité de l'Ebaupin - Bessines - 79000 NIORT CEDEX



Mutuelles gestionnaires	Mutuelles assureurs
Mutuelle MOS 42, rue Fauconnet – BP 76714 – 21067 Dijon Cedex Tél. : 03 80 78 91 50	Mutuelle MOS Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 778 213 678 Siège social : 42, rue Fauconnet - BP 76714 - 21067 DIJON CEDEX
MPOS Saint-Brieuc 32, rue du 71 ^e RI - 22000 SAINT-BRIEUC Tél. : 02 96 61 92 78	MPOS Saint-Brieuc Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 325 664 506 Siège social : 32, rue du 71 ^e RI - 22000 SAINT-BRIEUC
Mutuelle des Pays de Vilaine Section MPOSSIV 7, rue des Polieux - 35000 RENNES Tél. : 02 99 54 43 31	Mutuelle des Pays de Vilaine Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 380 155 929 Siège social : 13, rue des Doves - BP 90646 REDON CEDEX
MPOSS Midi-Pyrénées 10, rue Ozenne - 31000 TOULOUSE Tél. : 05 61 52 62 50	MPOSS Midi-Pyrénées Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 776 950 602 Siège social : 10, rue Ozenne - 31000 TOULOUSE
MUTCAF 1, rue Baudricourt 75634 PARIS CEDEX 13 Tél. : 01 40 77 58 58	MUTCAF Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 784 621 369 Siège social : 1, rue Baudricourt - 75634 PARIS CEDEX 13
Mut-Est 11, boulevard Wilson - 67082 STRASBOURG CEDEX Tél. : 03 88 75 89 87	Mut-Est Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 775 641 681 Siège social : 11, boulevard Wilson - 67082 STRASBOURG CEDEX
ADREA Mutuelle MUTI 12, avenue du 6 juin - 14028 CAEN CEDEX 9 Tél. : 02 31 15 30 30	ADREA Mutuelle MUTI Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 780 707 287 Siège social : 12, avenue du 6 juin - 14028 CAEN CEDEX 9
Mutuelle du personnel de la CNAV 110, avenue de Flandre - 75019 PARIS Tél. : 01 55 45 52 47	Mutuelle du personnel de la CNAV Substituée par la Mutuelle CPAMIF Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 784 394 363 Siège social : 44, rue Saint Antoine - 75004 PARIS
Mutuelle 403 16, rue René Goscinny - 6013 ANGOULÊME CEDEX Tél. : 05 45 20 07 92	Mutuelle 403 Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 781 166 210 Siège social : 16, rue René Goscinny - 16013 ANGOULÊME CEDEX
Mutuelle CPAMIF 44, rue Saint Antoine - 75004 PARIS Tél. : 01 49 96 43 43	Mutuelle CPAMIF Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 784 394 363 Siège social : 44, rue Saint Antoine - 75004 PARIS



Mutuelles gestionnaires	Mutuelles assureurs
La Solidarité Mutualiste Section CRAMIF 17-19, avenue de Flandre - 75019 PARIS Tél. : 01 40 05 32 50	La Solidarité Mutualiste Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 784 442 923 Siège social : 34, rue des Martyrs - 75440 PARIS CEDEX 09
La Solidarité Mutualiste Section Urssaf 22-24, rue de Lagny - 93100 MONTREUIL Tél. : 01 56 93 69 62/63	
La Solidarité Mutualiste Section Guadeloupe 50, rue Schoelcher - 97110 POINTE-À-PITRE Tél. : 05 90 21 25 77	
Mutuelle LEA 7, Boulevard Louis XIV - 59000 LILLE Tél. : 03 28 82 97 44	Mutuelle LEA Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 783 711 963 Siège social : 7, boulevard Louis XIV - 59000 LILLE
Mutuelle Ociane 8, terrasse du Front-du-Médoc - 33054 BORDEAUX CEDEX Tél. : 0 820 220 320	Mutuelle Ociane Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 434 243 085 Siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc - 33054 BORDEAUX CEDEX
PREVADIES TSA N° 90005 - 54931 NANCY CEDEX 9 Tél. : 08 21 08 00 71	PREVADIES Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 442 224 671 Siège social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS
MUTA Santé 14, bd Doret - BP 340 - 97467 SAINT-DENIS CEDEX Tél. : 02 62 94 77 00	MUTA Santé Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 321 073 470 Siège social : 14, bd Doret - BP 340 - 97467 SAINT-DENIS CEDEX





Mutuelles gestionnaires	Mutuelles assureurs
MUTUELLE SANTEVIE GERSOISE 6, rue de la Somme - BP 54 - 32001 AUCH Tél. : 0 811 131 131	Union Mutualiste SANTEVIE Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 431 993 633 Siège social : 9, rue de Metz - 31000 TOULOUSE
MUTUELLE VIASANTE - UDSMA 10, rue de la Madeleine - 12023 RODEZ CEDEX 9 Tél. : 0 811 131 131	
VIASANTE MIC 12, place de la Halle - BP 425 - 19311 BRIVE CEDEX Tél. : 0 811 131 131	
VIASANTE - MC15 31, rue Paul Doumer - BP 149 - 15000 AURILLAC Tél. : 04 71 43 41 30	
MUTUELLE SANTEVIE MAP 19, boulevard Alsace Lorraine - 09004 FOIX CEDEX Tél. : 0 811 131 131	Union Mutualiste SANTEVIE Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 431 993 633 Siège social : 9, rue de Metz - 31000 TOULOUSE
SMIE DES ORGANISMES SOCIAUX DU MORBIHAN - FINISTÈRE 37, boulevard de la Paix - 56000 VANNES Tél. : 02 97 01 49 38	SMIE des OS du Morbihan - Finistère Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité RNM n° : 407 879 709 Siège social : 37, boulevard de la Paix - 56000 VANNES



PRIORITÉ SANTÉ MUTUALISTE, QU'EST-CE C'EST ?



- Priorité Santé Mutualiste est un service, créé par les mutuelles de la Mutualité Française pour leurs adhérents.
- Au travers de Priorité Santé Mutualiste vous pouvez vous informer, trouver de l'aide pour vous orienter, du soutien pour vous accompagner dans vos démarches de santé, et notamment si vous êtes confronté à la maladie ou à celle d'un proche.

Pour accéder aux services proposés par Priorité Santé Mutualiste, il suffit de composer le **39 35** (prix d'un appel local à partir d'un poste fixe au tarif défini par votre opérateur, du lundi au vendredi de 9h à 19h) et de communiquer le code d'accès fourni par votre mutuelle.

Pour plus d'information sur ce service, vous disposez également du site Internet :
<http://www.prioritesantemutualiste.fr>



Du lundi au vendredi de 9h à 19h

Le réseau mutualiste

Grâce à votre régime frais de santé, vous avez accès à un vaste réseau mutualiste de soins et de services vous proposant

👉 Une offre de soins, de services, complète et de qualité

- 68 pharmacies mutualistes ;
- 400 centres d'optique mutualistes ;
- Plus de 400 centres dentaires mutualistes ;
- 80 établissements hospitaliers mutualistes pour une capacité de plus de 7 600 lits ;
- 67 centres de santé mutualiste (médecine générale, spécialités, soins infirmiers, etc) ;
- Plus de 200 centres d'audition mutualistes.

Un service de proximité

L'une des caractéristiques des services mutualistes est d'assurer un service de proximité. L'offre de santé mutualiste est donc particulièrement présente dans les agglomérations de taille moyenne où existent des besoins de soins.

Pour connaître l'adresse du centre de santé mutualiste le plus proche de chez vous, adressez-vous à votre mutuelle ou consultez le site Internet de la Mutualité Française : www.mutualite.fr

👉 Des centres d'optique

- 700 points de vente (y comprise dans les DOM) engagés dans une démarche qualité.

L'enseigne Les Opticiens Mutualistes propose un reste à charge maîtrisé, la pratique du tiers payant, des offres labellisées et un service après-vente performant.

Le remboursement de l'optique est une prestation prioritaire pour la majorité d'entre vous. Les Opticiens Mutualistes garantissent un reste à charge limité ou nul pour une monture et deux verres correcteurs.

Pour connaître l'adresse des magasins les plus proches de chez vous, adressez-vous à votre mutuelle ou consultez le site Internet de la Mutualité Française : www.lesopticiensmutualistes.fr

👉 Des centres d'acoustique

- Plus de 300 centres engagés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité visant à répondre à toutes vos attentes et à tous vos besoins.

Les engagements des spécialistes

- ✓ vous conseiller la solution auditive qui correspond à votre profil et à vos attentes ;
- ✓ vous proposer une période d'essai ;
- ✓ vous dépanner d'un appareil de prêt en cas de panne de votre équipement ;
- ✓ vous proposer une gamme d'accessoires auditifs pour faciliter votre quotidien ;
- ✓ vous assurer un suivi administratif personnalisé de votre dossier ;
- ✓ vous entourer d'une équipe d'audioprothésistes diplômés d'état.

Pour plus d'information sur ce service, vous pouvez vous adresser à votre mutuelle ou consulter le site Internet : <http://www.auditionmutualiste.fr>



Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.)

Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 442 574 166 - Siège social : 255, rue de Vaugirard 75015 Paris.
L'U.N.P.M.F. chef de file du groupement mutualiste homologué par la CPP.