

## CONDITIONS GÉNÉRALES

RÉGIME FACULTATIF  
DE FRAIS DE SANTE  
(y compris Régime d'accueil loi EVIN)

# Santé

Convention collective nationale  
des établissements privés  
d'hospitalisation, de soins, de cure et de  
garde à but non lucratif  
du 31 octobre 1951 – IDCC n° 29

Janvier 2016



Comme vous !



## SOMMAIRE

<b>Préambule</b>	<b>3</b>
<b>Titre I. Dispositions Communes</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre II. Membres participants et ayants droit</b>	<b>6</b>
<b>Chapitre III. Affiliation et prise d'effet des garanties</b>	<b>8</b>
<b>Chapitre IV. Suspension, maintien et terme des garanties</b>	<b>10</b>
<b>Chapitre V. Obligations des parties</b>	<b>12</b>
<b>Chapitre VI. Cotisations</b>	<b>14</b>
<b>Chapitre VII. Sauvegarde, résiliation et contrôle</b>	<b>16</b>
<b>Chapitre VIII. Autres dispositions</b>	<b>17</b>
<b>Titre II. Définition des garanties et prestations « Frais de santé »</b>	<b>19</b>
<b>Chapitre IX. Etendue des garanties</b>	<b>19</b>
<b>Chapitre X. Modalités de calcul des prestations</b>	<b>22</b>
<b>Chapitre XI. Modalités de paiement des prestations</b>	<b>27</b>
<b>Annexe I. Tableaux des garanties et grilles optique</b>	<b>28</b>

## **PREAMBULE**

---

Par avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015, agréé le 30 avril 2015 et publié au journal officiel le 29 mai 2015 et complété par l'additif à l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015 agréé par arrêté du 31 juillet 2015 publié au journal officiel le 18 août 2015, à la **Convention Collective Nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, relatif à la généralisation de la couverture frais de santé et conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013**, les partenaires sociaux de la branche ont fait le choix d'instaurer un régime **national obligatoire** de couverture complémentaire des frais de santé au profit de l'ensemble des salariés **ayant une ancienneté au sein de l'entreprise d'au moins trois mois et** inscrit aux effectifs des entreprises relevant du champ d'application de ladite Convention Collective.

Cet accord définit les garanties minimales du régime conventionnel obligatoire (base 1) et quatre niveaux d'options alternatives (base 2, base 2 bis, base 3, base 4).

La mise en place du niveau de garantie obligatoire est déterminée au niveau de l'entreprise. Les salariés y sont alors affiliés à titre obligatoire.

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

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

De plus, en cas de rupture du contrat de travail, le salarié peut adhérer au régime d'accueil loi Evin, dans les conditions fixées au chapitre 1- article 5.1 des conditions générales obligatoires.

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

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

## TITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES

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

#### ARTICLE 1. OBJET

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

- d'une part, l'entreprise, adhérente à la FEHAP, dont l'activité relève de la branche des **établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951**, indiquée aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion, et ci-après dénommée « **Entreprise** »
- et d'autre part, les « **Organismes assureurs** », suivants :
  - **APICIL Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est 38, rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE.
  - **MALAKOFF MEDERIC Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947 - 21, rue Laffitte - 75317 PARIS CEDEX 9,
  - **MGEN Filia**, mutuelle substituée intégralement pour les garanties relevant des branches 1 (maladie) et 2 (accident) avec MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 685 399, siège social : 3 Square Max-Hymans \_ 75748 PARIS Cedex 15.
  - **MUTEX – L'alliance mutualiste** composée de :
    - **MUTUELLE CHORUM**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419, Siège social : 56 / 60 rue Nationale - 75013 PARIS substituée intégralement par **MUTEX UNION**, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 CHATILLON Cedex
    - **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878, Siège social : 104 avenue Maréchal de Saxe - 69003 LYON
    - **APREVA**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391, Siège social : 20 boulevard Papin - BP 1173 - 59012 LILLE
    - **EOVI MCD**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176, Siège social : 44 rue de Copernic - 75016 PARIS
    - **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473. Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS

- **OCIANE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085, Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex
- **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

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

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

**Il en est de même du contrat d’accueil loi Evin.**

**Ces deux contrats collectifs constituent l’ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé de la convention collective nationale des établissements privés d’hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.**

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

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

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les salariés et le cas échéant leurs ayants droit dûment affiliés bénéficient du tiers-payant et de l’accès aux œuvres sociales et services proposés par l’organisme assureur auxquels ils sont affiliés.

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

## **ARTICLE 2. DATE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION**

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

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

**Il est ensuite reconduit tacitement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation par l’une ou l’autre partie selon les modalités définies à l’article 17 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.**

Disposition Spéciale :

En cas de révision de la **Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951, sous réserve de la parution au Journal Officiel de l’agrément de l’avenant de révision** entraînant, une modification du Contrat, notamment des taux de cotisation, celle-ci sera proposée sans délai et formalisée par avenant aux présentes Conditions Générales.

## CHAPITRE II. MEMBRES PARTICIPANTS ET AYANTS DROIT

### ARTICLE 3. DEFINITIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ET AYANTS DROITS

#### 3.1 MEMBRES PARTICIPANTS

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

- les bénéficiaires du Contrat principal, à savoir **l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ayant une ancienneté au sein de l'entreprise d'au moins trois mois** et inscrit à l'effectif de l'Entreprise à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale et qu'ils formulent leur demande d'affiliation dans les conditions définies à l'article 4 des présentes conditions générales.

- Les personnes affiliées au régime général, à la mutualité sociale agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale, et désignées ci-après en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- ✓ les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au Contrat collectif obligatoire souscrit par l'entreprise au bénéfice de ses salariés, et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant la cessation de leur contrat de travail ;
- ✓ les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le maintien prévu à l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale;
- ✓ les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties tel que prévu à l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale;
- ✓ les personnes garanties du chef du membre participant décédé, pendant une durée **minimale de douze mois** à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès du membre participant.

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

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

Peuvent adhérer au présent contrat, en qualité de personnes garanties du chef du salarié décédé, les ayants droit de ce dernier tels que définis au contrat collectif souscrit au bénéfice des salariés.

Chaque salarié ou ancien salarié dûment affilié acquiert la qualité de « **Participant** » ou de « **Membre participant** » de l'organisme assureur, partie aux Conditions Particulières ou

Certificat d'Adhésion joints ou au Bulletin Individuel d'Affiliation retourné avec mention de l'accord de l'organisme assureur sur l'acceptation de l'affiliation, dont relève l'Entreprise dans laquelle il est ou a été salarié. Il sera désigné « **Membre participant** » dans la suite du texte.

En outre, les ayants droit du Membre participant tels que définis ci-après peuvent bénéficier de l'affiliation au régime Frais de santé, au même niveau de garanties que le Membre Participant, par le biais du Contrat à adhésion **facultative**.

### **3.2 AYANTS DROIT**

On entend par ayant droit du membre participant :

➤ son **conjoint**

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de un an et que le domicile fiscal des 2 concubins soit le même. La condition de durée de un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle,
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS).

➤ ses **enfants à charge**

Sont réputés à charge du salarié, les enfants légitimes, reconnus et adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent :

- être à charge au sens de la sécurité sociale,
- ou, s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
  - poursuivre leurs études et être inscrits à ce titre au régime de sécurité sociale des étudiants,
  - ou être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
  - ou être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation...),
  - ou, lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité,
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

## CHAPITRE III. AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

### ARTICLE 4. MODALITES D’AFFILIATION, PRISE D’EFFET, DUREE ET RENONCIATION

#### 4.1 Modalités d’affiliation et prise d’effet

Pour les adhésions aux options facultatives, le salarié exprime librement sa volonté d’être affilié au Contrat, et le cas échéant d’affilier ses ayants droit, pour le même niveau de garanties, sous réserve d’en formuler la demande lors de son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire principal.

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

L’ancien salarié exprime alors librement sa volonté d’être affilié au présent Contrat, et le cas échéant d’affilier ses ayants droit, pour le même niveau de garanties, sous réserve du respect des délais mentionnés au paragraphe définissant les membres participants.

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

Pour les salariés présents à l’effectif de l’entreprise à la date d’effet du Contrat, les garanties prennent effet dès lors qu’ils ont exprimé leur volonté d’être affilié au Contrat à adhésion facultative.

Pour les salariés embauchés postérieurement à cette date, les garanties prennent effet dès lors que celles prévues au contrat obligatoire débutent et qu’ils ont exprimé leur volonté d’être affiliés au Contrat à adhésion facultative.

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

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

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



- Mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), concubinage ou fin de concubinage,
- Naissance ou adoption d'un enfant, reconnaissance de paternité,
- Changement de situation professionnelle du conjoint, partenaire de PACS ou concubin entraînant l'adhésion,
- Décès d'un ayant droit.

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

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

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

## **4.2 Modalités d'affiliation des ayants droit et prise d'effet**

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

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

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

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

## **4.3 Faculté de renonciation**

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

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

## **4.4 Résiliation de l'affiliation**

### **a) Résiliation à l'échéance annuelle**

Le Membre participant peut demander à résilier son affiliation au Contrat, en adressant à l'organisme assureur une demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception **au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours conformément aux dispositions de l'article 17.**

## **Changement de situation de famille**

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

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

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

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

**Toute demande de résiliation est considérée comme définitive.**

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

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

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

**Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations du membre participant, l'entreprise est tenue d'en informer chaque Membre participant en lui remettant une notice d'information établie à cet effet par l'organisme assureur.**

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

## **CHAPITRE IV. SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES**

### **ARTICLE 5. SUSPENSION DES GARANTIES**

**Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties, dans les conditions prévues à l'article 14 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes conditions générales.**

### **ARTICLE 6. MAINTIEN DES GARANTIES**

#### **6.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

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

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

de suspension du contrat de travail, **sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.**

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

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

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

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

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

## **6.2 Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi**

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

- le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés **à l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- l'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire qu'ils bénéficient, à la date de cessation de leur contrat de travail, du régime de frais de santé prévu aux présentes Conditions Générales.

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

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

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

## **ARTICLE 7. CESSATION DES GARANTIES**

**Les garanties du Contrat cessent :**

- **en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 14 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales;**
- **à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur;**
- **pour les salariés actifs, à la date de cessation du contrat de travail du membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits;**
- **à la date de résiliation de l'affiliation par le Membre participant effectuée dans les conditions prévues à l'article 4.4 « Résiliation de l'affiliation » des présentes Conditions générales. La résiliation de l'adhésion est considérée comme définitive;**
- **pour les salariés actifs, à la date de résiliation du Contrat;**
- **et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat à adhésion obligatoire.**
- **Pour les ayants droit, à la même date que la résiliation du membre participant, et antérieurement, à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayants droit.**

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

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

## **CHAPITRE V. OBLIGATIONS DES PARTIES**

### **ARTICLE 8. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS**

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

Sont indiqués sur ce document, les ayants droit déclarés par le Membre participant. Celui-ci adresse ce bulletin à l'organisme assureur dont relève son entreprise, soit lors de la prise d'effet du présent Contrat collectif, soit lors de son entrée en fonction dans le cas d'une embauche postérieure à la date d'effet du Contrat, soit en cours d'année en cas de changement de situation familiale.

Dans ce cas, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le membre participant par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'évènement

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

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

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

## **ARTICLE 9. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE**

### **Changement d'activité**

Dans le cas où l'entreprise change d'activité, ne relève plus de la **Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951**, celle-ci devra le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois après ledit changement. Les organismes assureur se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'article 17 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

### **Information des Membres participants**

Les organismes assureurs s'engagent à établir une Notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

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

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

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

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

## **ARTICLE 10. OBLIGATIONS DE L'ORGANISME ASSUREUR**

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

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

## CHAPITRE VI. COTISATIONS

### ARTICLE 11. ASSIETTE DES COTISATIONS

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

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

### ARTICLE 12. STRUCTURES DE COTISATIONS

Elle est fixée par **salarié** isolé.

#### Dans le cas de l'adhésion optionnelle et pour le contrat d'accueil loi Evin

Par ailleurs, si le membre participant opte, de façon **facultative**, pour la couverture de ses ayants droit, une cotisation « **Conjoint / Enfant** » est retenue en sus de la cotisation « **Salarié** ».

- Cotisation « **Conjoint ou assimilé** » qui couvre de façon **facultative**, le conjoint du Membre participant, ou à défaut son partenaire de PACS ou concubin, tels que définis au chapitre II, article 3.2 « Ayants droit » des présents Conditions générales,
- Cotisation « **Enfant** » qui couvre de façon **facultative**, le(s) enfant(s) à charge, tels que définis au chapitre II, article 3.2 « Ayants droit » des présents Conditions générales. (Gratuité de la cotisation additionnelle à compter du 3<sup>ème</sup> enfant à charge).

L'affiliation du membre participant entraîne l'affiliation à la même date de l'ensemble de ses ayants droit déclarés, tels que définis au chapitre II, article 3.2 « Ayants droit » des présentes Conditions générales.

### ARTICLE 13. PAIEMENT DES COTISATIONS

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

Cette cotisation est payable :

- soit par le souscripteur pour la cotisation du salarié (précompte).
- soit par le Membre participant pour lui-même ou s'il bénéficie du contrat d'accueil loi Evin et dans tous les cas, pour ses ayants droit.

### **13.1 Paiement des cotisations par le Membre Participant**

Les cotisations afférentes à l'adhésion facultative du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit sont payables par le membre participant, mensuellement d'avance, par prélèvement sur son compte bancaire par l'organisme assureur.

### **13.2 Paiement des cotisations par l'Entreprise**

Lorsque le Souscripteur assure le précompte des cotisations de son salarié, il est seul responsable de leur paiement en totalité et la cotisation est payable trimestriellement à terme échu.

Elle est exigible le 10<sup>ème</sup> jour suivant le début de chaque trimestre civil avec ajustement en fin d'année.

## **ARTICLE 14. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

### **14.1 Paiement des cotisations par le Membre Participant**

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

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

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

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

### **14.2 Paiement des cotisations par l'Entreprise**

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

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

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

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

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

## **ARTICLE 15. REVISION DES COTISATIONS**

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

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

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

Cette indexation ne dispense pas la Commission Nationale Paritaire de Prévoyance de la CCN du 31 octobre 1951, dans l'hypothèse où les comptes de résultats sont déficitaires, de renégocier les conditions de retour à l'équilibre du Contrat.

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

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

## **CHAPITRE VII. SAUVEGARDE, RESILIATION ET CONTROLE**

### **ARTICLE 16. SAUVEGARDE DU CONTRAT**

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

**Conformément à l'article 15 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des contributions employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'organisme assureur ne pourront s'en trouver aggravés.**

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



## **ARTICLE 17. RESILIATION**

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

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

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

## **ARTICLE 18. ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES**

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) située au 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

## **CHAPITRE VIII. AUTRES DISPOSITIONS**

### **ARTICLE 19. PRESCRIPTION**

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

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

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

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

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

## **ARTICLE 20. DECLARATION ET APPRECIATION DU RISQUE**

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

## **ARTICLE 21. SUBROGATION**

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

## **ARTICLE 22. INFORMATIQUE ET LIBERTES**

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

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

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

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

## **ARTICLE 23. RECLAMATION ET LITIGE / MEDIATION**

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

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

➔ **Pour APICIL Prévoyance**, au service Relations Clients – Groupe APICIL – 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE et CUIRE

➔ **Pour MALAKOFF MEDERIC Prévoyance** : Service Réclamations (Entreprises ou particuliers) - 21 rue Laffitte – 75009 Paris

➔ **Pour MGEN Filia**, à MGEN Filia - Gestion des réclamations – CS 90899 – 34012 Montpellier cedex 01

➔ **Pour MUTEX** : à la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.

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

- Pour APICIL Prévoyance : au médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 Paris.
- Pour MALAKOFF MEDERIC Prévoyance : au médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 Paris.
- Pour MGEN Fila : MGEN – Le médiateur – 3, Square Max Hymans – 75748 Paris Cedex 15
- Pour MUTEX, au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.

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

## **TITRE II : DEFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTE**

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

### **CHAPITRE IX. ETENDUE DES GARANTIES**

#### **ARTICLE 24. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS**

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

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

#### **ARTICLE 25. DISPOSITIF « CONTRAT RESPONSABLE »**

Les prestations complémentaires sont servies dans le respect des dispositions légales et réglementaires du **contrat responsable** prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

#### **Contrat responsable**

**Conformément à la réglementation**, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants, **sous déduction des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au contrat.**

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie,
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.322-8 I du Code de la sécurité sociale,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Pour l'application des règles de prises en charge maximale, relatives aux dépassements d'honoraires et équipements optique selon les principes précisés ci-dessous, les garanties prévues dans le contrat surcomplémentaire s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat et dans la limite des frais facturés

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement (et par exception de 125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) supérieure au ticket modérateur, elle doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que des minima et des maxima énoncés à l'article R.871-2 3 du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur.

## **Couverture minimale**

**Conformément à la réglementation**, le présent contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée,
- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale,
- un forfait minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Les forfaits énoncés au D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale sont fonction de la correction de la vue et versés selon les périodes définies pour le renouvellement des dispositifs dans les conditions suivantes :

**a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;**

**b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;**

**c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;**

**d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;**

**e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;**

**f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.**

**Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.**

**Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.**

### **Dispositions communes**

**Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :**

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale,**
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,**
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

Les garanties et niveaux de remboursement de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et « les contrats responsables ».

### **ARTICLE 26. TERRITORIALITE**

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

Les salariés garantis exercent leur activité dans le champ géographique de la CCN du 31 octobre 1951 : France métropolitaine et départements et régions français d'Outre-Mer.

## **CHAPITRE X. MODALITES DE CALCUL DES PRESTATIONS**

### **ARTICLE 27. MONTANTS RETENUS**

#### **Prestation exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale**

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

#### **Montants des frais réels retenus**

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

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

#### **27.1 Contrat d'accès aux soins**

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires du contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8 à la convention médicale nationale publié au JO du 6 décembre 2012).

**La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes:**

- elle ne peut excéder ce qui est prévu au contrat ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au dispositif du contrat d'accès aux soins, en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins).

**Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.**

**Si le remboursement des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins n'est pas plafonné, le maximum de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins est portée à 125% du tarif de responsabilité en 2015 et 2016 et 100% du tarif de responsabilité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017**

## 27.2 Prise en charge du ticket modérateur

La prise en charge du ticket modérateur se fait sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au contrat.

## 27.3 Hospitalisation

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

### 27.3.1 Forfait journalier :

Le contrat prend en charge l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sous réserve des exclusions suivantes :

**Sont exclus :**

- **les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)**
- **ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.**

### 27.3.2 Honoraires :

**Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale**

### 27.3.3 Frais de séjour non conventionnés

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés **dans la limite du ticket modérateur, soit 100% de la Base de Remboursement (tarif d'autorité) moins le remboursement de la Sécurité sociale.**

### 27.3.4 Personne accompagnante – Lit d'accompagnant conventionné

Cette prestation, si elle est prévue au tableau des garanties, comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir.

Elle s'entend par jour **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.**

**L'accompagné doit être obligatoirement un ayant droit au sens du présent contrat.**

## 27.4 Optique

Sauf disposition figurant sur le tableau des garanties :

- **les prestations de ce poste s'expriment en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale complété d'un forfait en euros par équipement (monture et verres).**
- **les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire.**

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

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

- pour les bénéficiaires de moins de 18 ans,
- et quel que soit l'âge du bénéficiaire, en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande.

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

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

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Institution de Prévoyance.

**Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable ».**

**Les montants indiqués s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par des garanties complémentaires souscrites qui interviendraient avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.**

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

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux.



Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe
- ou d'un verre simple et d'un verre hyper complexe
- ou d'un verre complexe et d'un verre hyper complexe.

## Lentilles

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

## Chirurgie réfractive de l'œil

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

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

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

## 27.5 Dentaire

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

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

## Prothèses :

**Une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles (dents du sourire).** Les dents visibles sont les incisives, les canines et premières prémolaires. Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 et 24 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 (bas).

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

## 27.6 Appareil auditif

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un **forfait annuel en euros supplémentaire par oreille tous les 2 ans**.

**Une limite maximum d'un équipement (2 oreilles) est prévue tous les 2 ans, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui peuvent bénéficier d'un autre**

**équipement supplémentaire dans ce délai de 2 ans en cas de modification de leur audition.**

## **Maternité**

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

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

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

## **ARTICLE 28. DISPOSITION POUR LES DEPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE**

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

## **ARTICLE 29. ACTES DE PREVENTION**

Le contrat prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations suivantes liées à la prévention et dont la liste a été établie par arrêté du 8 juin 2006, sous réserve du respect du parcours de soins :

1. Scellement des puits, sillons et fissures aux enfants de moins de 14 ans.
2. Un détartrage annuel complet.
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
7. Les vaccinations suivantes :
  - a) DTP : 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) Grippe ;
  - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

## **ARTICLE 30. PRINCIPE INDEMNITAIRE**

**Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.**

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

## **CHAPITRE XI. MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS**

### **ARTICLE 31. FORMALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS**

**Les prestations sont traitées :**

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

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

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

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

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

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

### **ARTICLE 32. DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS**

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

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

## ANNEXE I. TABLEAUX DES GARANTIES

Les montants de prestations sont exprimés y compris Sécurité sociale, sauf pour les garanties au ticket modérateur et pour les forfaits en euros.

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS (Dans la limite des frais réels, et, y compris Sécurité sociale, sauf pour les prestations au ticket modérateur et en forfait en euros)				
	Niveaux	Base 1 Conventionnel	Base 2	Base 2 Bis	Base 3
<b>L'HOSPITALISATION***</b>					
Conventionnés - Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Non conventionnés - Frais de séjour	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Conventionnée - Honoraires CAS (*)	100 % BR	100 % BR	120 % BR	170 % BR	250 % BR
Conventionnée - Honoraires hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Non conventionné - Honoraires	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Forfait journalier hospitalier (actuellement : 18 € par jour)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (actuellement : 18 € par jour)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière conventionnée	-	-	1,25 % PMSS / J	1,75 % PMSS / J	2 % PMSS / J
Chambre particulière - Forfait en ambulatoire	-	-	0,50 % PMSS / J	0,75 % PMSS / J	1 % PMSS / J
Personne accompagnante - Lit d'accompagnant conventionné	-	-	-	1,75 % PMSS / J	2 % PMSS / J
<b>LES FRAIS MEDICAUX COURANTS***</b>					
Consultations - visites Généralistes CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations - visites Généralistes hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations - visites Spécialistes CAS (*)	100 % BR	100 % BR	125 % BR	180 % BR	250 % BR
Consultations - visites Spécialistes hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Pharmacie remboursée à 65 % et à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	-	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la SS	-	-	-	50 € / A / B	75 € / A / B
Analyses médicales	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes Techniques Médicaux (petite chirurgie) CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	140 % BR	170 % BR
Actes Techniques Médicaux (petite chirurgie) hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Radiologie CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	170 % BR
Radiologie hors CAS (*)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Prothèses auditives	100 % BR	100 % BR	100 % BR	500 € / oreille tous les 2 ans	1 000 € / oreille tous les 2 ans
Transport accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>L'OPTIQUE</b>					
Verres et monture (**)	Grille optique Base 1	Grille optique Base 2	Grille optique Base 2 Bis	Grille optique Base 3	Grille optique Base 4
Lentilles prescrites : acceptées, refusées, jetables	30 € / A / B	50 € / A / B	75 € / A / B	150 € / A / B	250 € / A / B
Chirurgie réfractive	-	-	-	500 € / œil / A / B	1 000 € / œil / A / B
<b>LE DENTAIRE (1) limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du panier de soins</b>					
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Onlays - Inlays	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Orthodontie acceptée par la SS	125 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie refusée par la SS (2)	-	-	150 € / semestre de soins / B	300 € / semestre de soins / B	500 € / semestre de soins / B
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (1) :					
- dents du sourire	125 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
- dents du fond de bouche	125 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Inlays-cores (1)	125 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (1) (2)	-	-	150 € / dent Maxi 3 dents/A/B	300 € / dent Maxi 3 dents/A/B	500 € / dent Maxi 3 dents/A/B
Parodontologie (2)	-	-	-	300 € / acte Maxi 3 actes/A/B	500 € / acte Maxi 3 actes/A/B
Implantologie (2)	-	-	-	300 € / implant Maxi 3 implants/A/B	500 € / implant Maxi 3 implants/A/B
<b>LES FRAIS DE CURES THERMALES (hors thalassothérapie)</b>					
Cure acceptée par la Sécurité sociale	-	-	-	100 € / A / B	200 € / A / B
<b>MEDECINES DOUCES (Praticiens disposant d'un diplôme d'état)</b>					
Ostéopathe, Chiropracteur, Diététicien, Psychomotricien	-	-	-	25 € / séance Maxi 3 séances /A/B	50 € / séance Maxi 3 séances /A/B
Psychologue, Podologue, Pédiçure, Acuponcteur, Etiopathe	-	-	-	-	-
<b>ACTES DE PREVENTION</b>					
Tous les actes des contrats responsables	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Ostéodensitométrie osseuse	-	-	-	30 € / A / B	50 € / A / B
Patch anti-tabac	-	-	-	100 € / A / B	200 € / A / B

(\*) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

(\*\*) Pour les enfants (- 18 ans) : un équipement annuel  
Pour les adultes : un équipement tous les deux ans sauf si évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel

(\*\*\*) En secteur non conventionné le remboursement se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

(1) Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du panier de soins (soit 125 % BR)

(2) Le remboursement des 3 dents ou actes s'entend pour l'ensemble des 4 forfaits non pris en charge par la SS (Hors nomenclature dans la future Classification Commune des Actes Médicaux pour le dentaire)

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la Notice d'information.

## Lexique :

**CAS** : Contrat d'accès aux soins

**BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale

Le montant défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

**SS** : Sécurité sociale

**TM** : Ticket Modérateur :

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

**FR** : Frais réels

**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Son évolution est consultable sur : [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr).

**B** : Bénéficiaire

**A** : Année

**J** : Jour

Dans les grilles Optique, les remboursements s'entendent par verre.

GRILLES OPTIQUES (par verre)					
	BASE 1 CONVENTIONNEL	BASE 2	BASE 2 Bis	BASE 3	BASE 4
<b>Enfants &lt; 18 ans</b>					
<b>Monture</b>	50 €	70 €	70 €	75 €	100 €
<b>Verre Simple Foyer, Sphérique</b>					
Sphère de -6 à +6	40 €	50 €	50 €	50 €	60 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	75 €	75 €	75 €	75 €
Sphère <-10 ou >+10	75 €	75 €	75 €	75 €	80 €
<b>Verre Simple Foyer, sphéro-cylindrique</b>					
Cylindre <+4 sphère de -6 à +6	40 €	60 €	60 €	60 €	70 €
Cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	75 €	75 €	75 €	80 €
Cylindre >+4 sphère de -6 à +6	75 €	75 €	75 €	80 €	90 €
Cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	80 €	80 €	90 €	100 €
<b>Verre Multifocal ou Progressif Sphérique</b>					
Sphère de -4 à +4	80 €	80 €	90 €	100 €	110 €
Sphère <-4 ou >+4	80 €	90 €	100 €	110 €	120 €
<b>Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique</b>					
Sphère de -8 à +8	80 €	100 €	110 €	120 €	130 €
Sphère <-8 ou >+8	80 €	110 €	115 €	130 €	140 €
<b>Adultes</b>					
<b>Monture</b>	50 €	80 €	100 €	125 €	150 €
<b>Verre Simple Foyer, Sphérique</b>					
Sphère de -6 à +6	40 €	65 €	70 €	80 €	90 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	75 €	80 €	90 €	100 €
Sphère <-10 ou >+10	75 €	80 €	85 €	100 €	110 €
<b>Verre Simple Foyer, sphéro-cylindrique</b>					
Cylindre <+4 sphère de -6 à +6	40 €	70 €	80 €	90 €	100 €
Cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	80 €	90 €	100 €	110 €
Cylindre >+4 sphère de -6 à +6	75 €	90 €	95 €	110 €	120 €
Cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	100 €	110 €	120 €	130 €
<b>Verre Multifocal ou Progressif Sphérique</b>					
Sphère de -4 à +4	80 €	80 €	110 €	150 €	175 €
Sphère <-4 ou >+4	80 €	100 €	130 €	160 €	185 €
<b>Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique</b>					
Sphère de -8 à +8	80 €	100 €	135 €	175 €	200 €
Sphère <-8 ou >+8	80 €	110 €	140 €	185 €	210 €



Comme vous !

**APICIL Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale- 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE ET CUIRE.



malakoff médéric

**MALAKOFF MEDERIC Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947 - 21 rue Laffitte – 75317 PARIS CEDEX 9.



**MGEN Filia**, mutuelle substituée intégralement pour les garanties relevant des branches 1 (maladie) et 2 (accident) avec MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399, siège social : 3 Square Max-Hymans - 75748 PARIS Cedex 15.



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