

RÉGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTÉ

CONTRATS D'ASSURANCE COLLECTIFS

ENSEMBLE DU PERSONNEL NOTICE D'INFORMATION

Convention collective nationale de la branche de l'aide,
de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD)
du 21 mai 2010 et ses avenants (jo 2941)

Édition 2023



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

IMPORTANT

» DOCUMENT À SIGNER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de frais de santé auquel il a adhéré auprès de l'Organisme Assureur en application de la convention collective de notre profession.

A _____ Le _____

Signature :

SOMMAIRE

PARTIE 1. PRÉSENTATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL	4
INFORMATION DES SALARIÉS	4
AFFILIATION DES SALARIÉS	4
EXTENSION DE LA COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ POUR VOS AYANTS DROIT	4
SUBROGATION	5
PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL	5
PRESCRIPTION	5
RÉCLAMATIONS - MÉDIATIONS	5
CONTRÔLE	6
FONDS D'ACTION SOCIALE DE LA BRANCHE	6
PARTIE 2. GARANTIES SANTÉ	6
QUELS SONT LES FRAIS MEDICAUX PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTÉ	6
LES FORMULES DE PRESTATIONS	6
MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS	7
LIMITATION AUX FRAIS RÉELS	7
MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	7
COTISATIONS	8
PARTIE 3. MAINTIEN D'ASSURANCE	8
SORT DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DU SALARIÉ.....	8
RUPTURE OU FIN DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL / PORTABILITÉ DES DROITS	8
MAINTIEN D'ASSURANCE DANS LE CADRE DE LA LOI EVIN : « regime d'accueil » : salariés partant en retraite, anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant d'un revenu de remplacement (et ne bénéficiant plus de la portabilité), anciens salariés en état d'invalidité ou d'incapacité permanente	9
AYANT DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ	10
ANNEXE 1 : TABLEAUX DE GARANTIES	11
ANNEXE 2 : QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?	23

PARTIE 1 - PRÉSENTATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Votre structure relève de la Convention Collective Nationale de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (dénommée ci-après BAD) signée le 21 mai 2010.

Cette Convention Collective Nationale et ses avenants (Chapitre 2 du titre VII de la Convention Collective Nationale) a instauré un régime de Branche « Frais de santé » applicable à l'ensemble des salariés des structures et organismes employeurs privés à but non lucratif entrant dans le champ d'application de la Convention Collective de la Branche.

Les entreprises relevant de la Convention collective de la BAD, en vue d'appliquer les dispositions du régime conventionnel de remboursement complémentaire des frais de santé, adhèrent à :

- **Harmonie Mutuelle, Groupe VYV** - 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.

Organisme contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

INFORMATION DES SALARIÉS

La notice d'information est obligatoirement remise au salarié par son employeur. Elle permet de connaître la garantie ainsi que les modalités définies au contrat de complémentaire santé souscrit par l'employeur.

Chaque salarié doit compléter et remettre à son employeur l'attestation se trouvant au sein de la présente notice d'information. Cette attestation est destinée à certifier que le salarié a bien reçu la présente notice.

Tout salarié a la possibilité de s'adresser à son employeur ou aux représentants du personnel pour connaître le contenu complet des dispositions conventionnelles relatives à la complémentaire santé de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) ou de se référer à cette dernière. Pour toute question d'interprétation, d'orientation générale, d'application de la Convention Collective, il peut s'adresser aux membres de la Commission Paritaire.

Toute modification des garanties sera opposable aux salariés après remise de la nouvelle notice d'information ou d'un additif par l'employeur.

AFFILIATION DES SALARIÉS

Votre affiliation en tant que salarié, affilié au régime général de la Sécurité sociale ou au régime maladie d'Alsace/ Moselle, a lieu :

- au plus tôt, à la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur, si vous êtes sous contrat de travail à cette même date ;
- à la date de votre embauche si celle-ci est postérieure à l'adhésion de votre entreprise au régime ;
- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions pour être dispensé d'affiliation au régime.

DISPENSE D'AFFILIATION DES SALARIÉS

Par dérogation au caractère obligatoire, vous pouvez être dispensés d'affiliation au présent régime, dans le respect des dispositions d'ordre public et des conditions prévues au chapitre 2 du Titre VII de la CCN, susmentionné. Les dispenses d'affiliation prévues ne peuvent en aucun cas vous être imposées par votre entreprise. Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, votre demande d'affiliation au régime frais de santé de base obligatoire. Dans ce cas, votre affiliation prend effet au plus tôt au jour de la demande. En tout état de cause, vous serez tenus de cotiser et d'adhérer à la couverture frais de santé de base obligatoire lorsque vous cesserez de justifier de votre situation.

MODALITÉS D'AFFILIATION DES SALARIÉS

Sauf modalités d'affiliation particulières mises à disposition de l'entreprise par l'Organisme Assureur, votre affiliation se fait au moyen du Bulletin d'Affiliation Individuel fourni par l'Organisme

Assureur. Vous devrez compléter et signer ce bulletin qui vous sera remis par votre employeur. Vous donnez votre accord ou non à la transmission automatique de vos décomptes par la Sécurité sociale à l'Organisme Assureur (procédure Noémie).

Ce bulletin comporte les renseignements vous concernant en tant que salarié (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale...) et le cas échéant, ceux de vos ayants droit.

Ce bulletin devra être retourné, accompagné de la photocopie de votre attestation papier d'assuré social qui accompagne votre carte Vitale ainsi que toute autre pièce mentionnée au Bulletin d'Affiliation Individuel.

CESSATION DE L'AFFILIATION DES SALARIÉS

Votre affiliation prend fin :

- à l'expiration du mois au cours duquel cesse le contrat de travail qui vous lie avec votre structure, ou à la fin de la période de portabilité, hors situation de cumul emploi retraite tel que défini dans les textes et sauf en cas de maintien d'assurance prévu dans la présente notice d'information ;
- à la date de votre décès ;
- pour l'ensemble des salariés de toutes les entreprises adhérentes, à la prise d'effet de la résiliation du Contrat ;
- pour l'ensemble des salariés d'une entreprise adhérente, à la date à laquelle l'entreprise ne relève plus du champ d'application de la Convention collective de la BAD ou à la date de résiliation de son adhésion ;
- à la date d'effet de la demande de résiliation pour votre adhésion aux garanties facultatives « Confort » et « Confort plus ».

La cessation de vos garanties entraîne, à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre au profit de vos ayants droit.

EXTENSION DE LA COUVERTURE FRAIS DE SANTE POUR VOS AYANTS DROIT

Vous pouvez demander à titre facultatif et individuel l'extension du régime complémentaire santé à vos ayants droit et ce moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

L'adhésion prend effet à la date de votre affiliation lorsque vous avez exprimé le choix d'étendre la garantie à vos ayants droit à cette date ou à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'Organisme Assureur de votre demande.

Vos ayants droit bénéficient du niveau de couverture santé que vous avez choisi pour vous-même.

DÉFINITION DES AYANTS DROIT

Sont considérés comme vos ayants droit :

- votre conjoint du salarié marié, non-séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- à défaut, votre partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- à défaut, votre concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux libres de tout engagement par ailleurs (célibataires, veufs ou séparés de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union ;
- vos enfants à charge du salarié dont la filiation avec celui-ci (y compris adoptive) est légalement établie, ainsi que ceux de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin.

Les enfants doivent :

- être à charge au sens de la législation sociale,
- ou, s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - poursuivre leurs études ;
 - ou, être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au 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 L.241-3 du code de l'action sociale et des familles ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » (taux d'incapacité permanente au moins égale à 80 % ou personne classée en 3e catégorie de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale).

MODALITÉS D'ADHÉSION DES AYANTS DROIT

Pour faire adhérer vos ayants droit, vous devrez préalablement compléter et signer un bulletin d'affiliation. Vous devrez par ailleurs, s'agissant de vos ayants droit assurés sociaux disposant de leur numéro de Sécurité sociale en propre, fournir à l'Organisme Assureur la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE et, selon le cas :

- s'agissant de votre conjoint marié : la copie du livret de famille,
- s'agissant de votre partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) : la photocopie dudit PACS,
- s'agissant de votre concubin : l'attestation sur l'honneur de vie commune ainsi que les deux derniers avis d'imposition,
- s'agissant de vos enfants : le justificatif de scolarité ou la copie de la carte d'étudiant et le cas échéant, la photocopie du contrat de formation en alternance ou l'attestation d'inscription au Pôle emploi,
- s'agissant de vos enfants infirmes et ce quel que soit leur âge : la photocopie de la carte d'invalidité ou de mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION DES AYANTS DROIT

Vos ayants droit bénéficient du régime de remboursement complémentaire des frais de santé :

- au plus tôt, à la même date d'affiliation que vous, lorsque vous avez exprimé votre choix d'étendre la garantie à vos ayants droit à cette date ;
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'Organisme Assureur de la demande d'extension lorsque cette dernière est effectuée à une date postérieure à celle de votre affiliation.

CESSATION DE L'ADHÉSION DES AYANTS DROIT

La couverture de vos ayants droit prend fin :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous auriez dénoncé l'extension de la complémentaire santé de votre ou vos ayants droit par lettre recommandée adressée à l'Organisme Assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de l'adhésion. Toute nouvelle adhésion de la ou des personne(s) concernée(s) ne sera possible qu'à l'issue d'un délai de deux ans après la prise d'effet de la dénonciation sauf changement de situation de famille (mariage, divorce, signature d'un Pacte Civil de Solidarité, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, du partenaire pacsé ou d'un enfant...) ou encore changement de situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut) ;
- le 1er jour du mois qui suit l'affiliation de votre ou de vos ayants droit à une couverture complémentaire frais de santé obligatoire ;
- à la date à laquelle votre ayant droit perd cette qualité ;
- et en tout état de cause, le jour où le salarié cesse de bénéficier du régime ;
- en cas de non-paiement de vos cotisations.

NIVEAU DE COUVERTURE DES AYANTS DROIT

En tout état de cause, les ayants droit bénéficient du même niveau de couverture complémentaire frais de santé que celui auquel est affilié le salarié.

SUBROGATION

Les Organismes Assureurs sont subrogés de plein droit aux bénéficiaires (salarié et/ ou ayants droit), victimes d'un accident, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées, conformément aux dispositions légales.

PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de

rectification, ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre pour des motifs légitimes d'un droit d'effacement, d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition.

L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - dont les coordonnées sont stipulées en annexe. Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat d'adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Organisme Assureur en a eu connaissance,
 - en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Lorsque l'action de l'entreprise, de l'assuré ou de l'ayant-droit contre l'Organisme Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice, contre l'entreprise, l'assuré 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 de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcé, prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressés par l'Organisme Assureur à l'Entreprise ou au bénéficiaire en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation
- et de l'envoi à l'Organisme Assureur d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressés par l'assuré, ou ses ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

RÉCLAMATIONS - MÉDIATIONS

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

Pour toute réclamation liée à l'application des présentes, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle. Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur le site internet de la mutuelle (<https://www.harmonie-mutuelle.fr>) ou sur l'application « Harmonie & Moi » ; ou en envoyant un courrier postal à son centre de gestion ou à l'adresse figurant sur sa carte mutualiste.

La mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, dans tous les cas, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dès réception d'une réponse écrite de la mutuelle, et à défaut 2 mois après de l'envoi de sa première réclamation écrite, en écrivant au service de médiation indépendant.

CONTRÔLE

Les déclarations faites, tant par votre employeur que par vous-même, servent de base à la garantie.

L'Organisme Assureur se réserve, toutefois, la possibilité de vérifier les données communiquées et/ou les documents produits par l'entreprise ou le salarié, tant à l'occasion de l'adhésion de l'entreprise, de l'affiliation du salarié et de ses ayants droit, du versement des cotisations qu'au moment de l'ouverture des droits à prestations.

FONDS D'ACTION SOCIALE DE LA BRANCHE

Un fonds social dédié est créé par les partenaires sociaux de la Branche de l'aide de l'accompagnement, des soins et services à domicile en faveur des bénéficiaires (salariés et ayants droit) du régime de complémentaire santé. Ils en assurent la gouvernance et en délèguent la gestion à votre Organisme Assureur.

PARTIE 2 - GARANTIES SANTÉ

QUELS SONT LES FRAIS MÉDICAUX PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les frais médicaux remboursés par le régime sont ceux qui ouvrent droit à prise en charge par la Sécurité sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement, sauf dérogations indiquées dans les tableaux de garanties.

L'Organisme Assureur intervient :

- Soit en complément des remboursements pris en charge par la Sécurité sociale, pour les différents postes décrits en annexe,
- Soit au titre des dérogations accordées pour les actes non pris en charges et indiqués dans les Tableaux de garanties.

Les garanties de la présente notice d'information respectent le cahier des charges des contrats responsables conformément aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Donnent droit à remboursement, les frais médicaux engagés par le salarié et le cas échéant par ses ayants droit pour lesquels l'extension de couverture a été demandée.

Seuls les actes dont le fait générateur et la date de soins sont postérieurs à la date d'affiliation du salarié (le cas échéant à la date d'adhésion des ayants droit) et antérieurs à la date de cessation des garanties, peuvent donner lieu à indemnisation.

La date retenue concernant la date de soins est celle utilisée par le régime obligatoire pour procéder au remboursement de la part obligatoire de la Sécurité sociale, à défaut la date mentionnée sur la facture **délivrée par le professionnel de santé pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale (conformément aux dérogations indiquées aux tableaux de garanties).**

Les garanties ne sont acquises qu'aux assurés 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 garanties produisent leurs effets dans le monde entier si le séjour de l'Assuré à l'étranger n'excède pas trois mois ou si l'Assuré est détaché par son Employeur au sein de l'Union Européenne et qu'il bénéficie du régime de la Sécurité Sociale Français. Les prestations de l'Organisme Assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

LES FORMULES DE PRESTATIONS

Trois formules de prestations sont proposées, à savoir :

- **Base prime,**
- **Confort,**
- **Confort Plus.**

Vous êtes affilié de plein droit à la formule « Base prime ». Vous pouvez opter pour un niveau supérieur facultatif de couverture en adhérant aux formules « Confort » ou « Confort Plus ». Le détail de chaque formule figure en annexe de la présente notice d'information.

Vous retenez une formule de prestations au moment de votre affiliation. Cette formule vaut tant pour vous-même que pour vos ayants droit dès lors que la garantie leur est étendue.

Les prestations incluent les versements de la Sécurité sociale, et le cas échéant, si les formules « Confort » ou « Confort Plus » ont été souscrites, ceux du régime « Base prime ».

CHANGEMENT DE FORMULE DE PRESTATIONS

Vous pouvez changer de formule de prestations au 1er janvier de chaque année, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins trois mois avant la fin de l'année civile par lettre recommandée avec accusé de réception. Un tel changement ne peut toutefois intervenir qu'après deux années complètes d'affiliation à l'une des formules.

La condition de deux années n'est pas requise en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, signature d'un Pacte Civil de Solidarité, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, du partenaire pacsé ou d'un enfant...) ou encore en cas de changement de situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut ...). Le changement interviendra dans ces cas le premier jour du trimestre civil suivant la demande.

Toute modification de formule de prestations concernera l'ensemble des personnes assurées (salarié et son ou ses ayants droit).

RÉSILIATION DE FORMULE DE PRESTATIONS

Si vous avez souscrit la formule de prestations :

- Confort ;
- Confort Plus.

Vous pouvez dénoncer votre affiliation :

- A votre demande, tous les ans, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
- A votre demande, à tout moment, à compter de l'expiration d'une durée minimale de 12 mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion sous réserve du respect des modalités et restrictions définies par la loi et ses textes d'application. Dans ce cas la demande de résiliation prend effet un mois après que l'Organisme Assureur en ait reçu notification ;

- À l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations définie dans la présente notice d'information ;

Une résiliation en cours d'année sans délai est également possible pour tout salarié qui peut bénéficier du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire (CSS) pour sa partie complémentaire.

Vous pouvez effectuer cette dénonciation :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme Assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'Organisme Assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

L'Organisme Assureur confirme par écrit la réception de la notification.

Dans tous les cas, votre résiliation vaut pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie.

Enfin, en cas d'exercice du droit à résiliation annuelle ou infra-annuelle susvisé, une nouvelle affiliation aux formules facultatives ne pourra être demandée qu'à l'issue d'une période de deux ans après l'exercice du droit de résiliation et ceci pour une prise d'effet le premier jour du trimestre civil suivant votre demande, sauf en cas de modification de votre situation familiale ou professionnelle visée au paragraphe ci-dessus « Changement de formule de prestations ». Dans ce cas, la nouvelle adhésion aux formules facultatives prendra effet le premier jour du trimestre civil suivant la demande.

MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

PHARMACIE

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'Organisme Assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

MATERNITÉ

Pour votre maternité ou celles de vos ayants-droit couverts par le présent régime, la garantie prévue au risque hospitalisation chirurgicale s'applique dans l'hypothèse d'une intervention chirurgicale (césarienne).

Les soins et frais indemnisés au titre de la législation Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1er jour du 6e mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement sont par ailleurs garantis par extension du risque Maladie. Sont à ce titre couverts les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation, l'ensemble des frais d'analyses et d'examen en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

DISPOSITION SPÉCIALE POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS-RHIN, DU HAUT-RHIN ET DE LA MOSELLE

Si vous relevez du dispositif local d'assurance maladie en vigueur en Alsace Moselle, l'Organisme Assureur tient compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

CALCUL DES PRESTATIONS EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Pour les actes et frais engagés dans le cadre du secteur non conventionné, l'Organisme Assureur calculera vos prestations complémentaires sur la base du tarif d'autorité pratiqué par la Sécurité sociale.

LIMITATION AUX FRAIS RÉELS

Conformément aux dispositions de l'article 9 alinéa 1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à la charge de votre ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs Organismes Assureurs 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 Assureur de son choix.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, l'Organisme Assureur se réserve la possibilité de demander la justification des frais. Il peut aussi demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre régime de complémentaire santé ou contrat d'assurance dont bénéficieraient les intéressés.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

TIERS-PAYANT

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Organisme Assureur met à votre disposition et à celle de vos bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur les garanties prévues au contrat faisant notamment l'objet d'un tarif de responsabilité.

Le service de dispense d'avance de frais doit notamment vous permettre de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à compter du 1er janvier 2022, à hauteur des frais exposés par vous-même en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par vous-même en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Vous et vos ayants droit devez donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Vous et vos ayants droit qui n'utilisez pas votre carte de tiers-payant ou vous voyez refuser ce service par le professionnel de santé devez demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Organisme Assureur.

VOS PRESTATIONS SONT REMBOURSÉES :

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la Mutuelle, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire. Ce délai est ramené à dix jours lorsque, les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la Mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE)

- soit par échange NOEMIE (télétransmission avec la Sécurité sociale), sauf opposition écrite du bénéficiaire,
- soit sur présentation du décompte original établi par la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées soit directement aux assurés, soit aux professionnels de santé pour les assurés ayant bénéficié de la télétransmission NOEMIE.

Dans le cadre de l'échange NOEMIE avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'assuré, aucune démarche particulière n'est à effectuer. Toutefois, le remboursement de certains actes énoncés ci-après est conditionné à la présentation des factures. Dans ces cas, les justificatifs ci-dessous sont à fournir à votre organisme gestionnaire.

Il pourra vous être demandé de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires, d'aides auditives ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'Organisme Assureur ou produit spontanément par vous-même, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'Organisme Assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à votre expertise médicale. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'Organisme Assureur. Vous avez la faculté de vous faire assister par le médecin de votre choix ou d'opposer les conclusions de votre médecin traitant.

Les prestations sont servies à réception des décomptes originaux de la Sécurité sociale, accompagnés le cas échéant des pièces justificatives.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant : soit la date des soins pratiqués s'il s'agit de prestations non remboursées par la Sécurité sociale, soit la date de remboursement par la Sécurité sociale dans les autres cas.

NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTÉ – CCN BAD

	JUSTIFICATIFS (À DÉFAUT DE TÉLÉTRANSMISSION PAR L'AMO ET HORS TIERS PAYANT)
Hospitalisation chirurgicale ou médicale ou maternité Soins courants	- notes d'honoraires et factures originales détaillées, acquittées et datées et décomptes originaux de la Sécurité sociale. - bordereau de facturation ou avis des sommes à payer acquittées. Dans le cas de dépassements d'honoraires, ces derniers sont traités via l'analyse et l'enregistrement de ces documents.
Dentaire Aides auditives	- factures originales détaillées (acquittées et datées) et codifiées (nature des actes effectués) et décomptes originaux de la Sécurité sociale.

Optique	<ul style="list-style-type: none"> - factures originales détaillées (acquittées et datées) et décomptes originaux de la Sécurité sociale. - cas des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale : copie de l'ordonnance et facture acquittée et datée. - dans tous les cas, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, l'assuré doit fournir une nouvelle prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'Organisme Assureur, la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. - cas de la chirurgie réfractive : notes d'honoraires et factures originales détaillées, acquittées et datées.
Vaccin antigrippe et contraception prescrite non remboursés par l'AMO	- prescription ou copie de l'ordonnance et factures originales détaillées du pharmacien, datées et acquittées.
Médecines complémentaires (ostéopathie)	- note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée des factures originales détaillées (acquittées et datées).
Maternité ou Adoption d'un enfant de moins de 16 ans	- un original de l'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant ou une photocopie de ce document ou du livret de famille délivré par la mairie et certifié sincère par l'assuré
Cure thermale	- factures originales détaillées (acquittées et datées) de l'établissement thermal et décomptes originaux de la Sécurité sociale.

COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires et mensuelles. Tout mois commencé donne lieu au paiement de la totalité de la cotisation. En cas de résiliation du contrat par l'entreprise ou en cas de résiliation par le salarié de son adhésion à la formule confort ou confort plus et/ou de l'adhésion facultative des ayants droits, intervenant en cours de mois, l'entreprise ou le cas échéant l'assuré, n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Lorsque l'adhésion est résiliée dans les conditions prévues au contrat, l'entreprise n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

RÉGIME DE « BASE PRIME »

Vos cotisations du régime « Base prime » sont appelées trimestriellement à terme échu auprès de votre employeur par l'Organisme Assureur dont il relève. Votre quote-part dans le financement de cette formule de prestations est précomptée sur votre salaire par l'employeur. L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité de vos cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur votre salaire.

RÉGIME FACULTATIF ET EXTENSION FACULTATIVE AUX AYANTS DROIT ET RÉGIME D'ACCUEIL

Les cotisations des formules « Confort », « Confort Plus », de l'extension de la complémentaire santé aux ayants droit, les cotisations du « régime d'accueil » (maintien de couverture aux anciens salariés ou ayants droit) sont payables mensuellement ou

trimestriellement d'avance, au choix de l'assuré ou du bénéficiaire (ayant droit de l'assuré décédé). Vous êtes seul responsable du paiement de la cotisation.

En cas de non-paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'Organisme Assureur vous adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception (ou à votre ayant droit défaillant), vous informant des conséquences du non-paiement. Si 40 jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'Organisme Assureur vous informe ou informe votre ayant droit de la cessation automatique de votre ou de sa garantie ainsi que de votre ou son exclusion du régime facultatif.

PARTIE 3 - MAINTIEN D'ASSURANCE

SORT DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DU SALARIÉ

La garantie frais de santé est suspendue de plein droit si votre contrat de travail est suspendu. Pendant la période de suspension de la garantie, vous ne devez aucune cotisation.

La suspension intervient à la date de suspension du contrat de travail et s'achève dès la reprise effective de votre activité au sein de l'entreprise.

Toutefois, la complémentaire santé :

- est maintenue pendant la période au titre de laquelle vous bénéficiez d'un maintien de salaire total ou partiel de rémunération (salaire ou revenu de remplacement) en raison : d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...) ou d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle. L'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime « Base prime » (calculée selon les règles applicables à la catégorie dont vous relevez) et le cas échéant vous vous acquitterez de la cotisation des régimes « Confort », « Confort Plus » ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie de vos ayants droit ;
 - peut être maintenue à votre profit au profit si votre contrat de travail a été suspendu sans maintien de rémunération (notamment congé parental d'éducation, congé sabbatique...). Vous devez en faire la demande expressément auprès de l'Organisme Assureur dans les deux mois suivant la prise d'effet du contrat ou de la date de suspension du contrat de travail si elle est postérieure. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive pendant la période de suspension du contrat de travail.
- Le maintien de la garantie complémentaire santé prend effet au plus tôt le 1er jour de la suspension de votre contrat de travail et au plus tard le 1er jour du mois suivant votre demande.
- Vous bénéficiez de la couverture qui vous était appliquée en tant que salarié en activité (pour vous et vos ayants droit le cas échéant). Les conditions tarifaires seront celles qui s'appliquent au moment de la demande. La cotisation, à votre charge intégrale, doit être réglée directement auprès de votre Organisme Assureur.
- Le maintien de la garantie cesse au plus tard :
- à la date de fin de suspension de votre contrat de travail, date à laquelle vous bénéficiez à nouveau de la garantie en qualité de salarié en activité ;
 - à la date de rupture de votre contrat de travail sauf mise en œuvre de la portabilité ;
 - à la date de liquidation de votre pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf cas de cumul emploi retraite ;
 - en cas de non-paiement des cotisations ;
 - à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur
 - en tout état de cause, à votre décès.

RUPTURE OU FIN DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL / PORTABILITÉ DES DROITS

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties à adhésion obligatoire définies au contrat, sont

maintenues aux anciens salariés bénéficiaires du régime frais de santé, en cas de cessation de leur contrat de travail et ouvrant droit à prise en charge par Pôle Emploi, et ce dans les conditions définies ci-après.

BÉNÉFICIAIRES DE LA PORTABILITÉ

Bénéficient du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) **à l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- justifiant auprès de l'Organisme Assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à prestation ont été ouverts chez l'entreprise souscriptrice avant la cessation du contrat de travail.

PRISE D'EFFET, DURÉE ET MODALITÉS DU MAINTIEN DE LA COUVERTURE

Date d'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

Durée

L'ancien salarié et le cas échéant ses ayants droit bénéficient de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. **Cette durée est appréciée en mois entier ou le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.**

Il est précisé que la suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

CESSATION DE MAINTIEN DES DROITS

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve qu'il bénéficie de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article traitant de la résiliation du contrat d'adhésion de la structure ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre à la portabilité et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

FORMALITÉS DE DÉCLARATION

L'employeur doit :

- signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié, et
- informer l'Organisme Assureur de la sortie du salarié des effectifs (date et motif du départ).

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Organisme Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'Organisme Assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

FINANCEMENT DU MAINTIEN DE COUVERTURE

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. A ce titre, les salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation supplémentaire à acquitter.

GARANTIES ET PRESTATIONS MAINTENUES

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la cessation de son contrat de travail.

En cas de changement d'Organisme Assureur, les bénéficiaires du dispositif portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel assureur.

MAINTIEN D'ASSURANCE DANS LE CADRE DE LA LOI EVIN : « RÉGIME D'ACCUEIL » : SALARIÉS PARTANT EN RETRAITE, ANCIENS SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET BÉNÉFICIAIRE D'UN REVENU DE REMPLACEMENT (ET NE BÉNÉFICIAIRE PLUS DE LA PORTABILITÉ), ANCIENS SALARIÉS EN ÉTAT D'INVALIDITÉ OU D'INCAPACITÉ PERMANENTE

La garantie complémentaire santé peut être maintenue, dans les conditions définies ci-après.

La couverture maintenue est celle appliquée à la rupture de votre contrat de travail. Le maintien est accordé sans examen, sans questionnaire médical et sans délai de carence ou période de stage.

Si vous partez à la retraite, êtes privé d'emploi et bénéficiez d'un revenu de remplacement (notamment allocations chômage, pré-retraite) ou êtes en état d'invalidité ou incapacité permanente, vous pouvez demander à bénéficier du maintien de la couverture complémentaire santé, conformément aux dispositions de la Loi Evin. Le maintien de garantie s'effectue en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante.

Vous devrez en faire la demande à votre Organisme Assureur et remplir un bulletin d'adhésion.

Votre demande doit être effectuée dans les 6 mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou le cas échéant dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle vous avez bénéficié à titre temporaire du maintien de la garantie santé au titre de la portabilité des droits. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive.

Ce maintien de garantie prend effet selon le cas au plus tôt le 1er jour du mois qui suit la rupture de votre contrat de travail et au plus tard le lendemain de la réception de votre demande.

Il cesse :

- à la date à laquelle vous ne bénéficiez plus de la pension de vieillesse, de rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'un revenu de remplacement ayant ouvert droit au maintien de la garantie ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- Dans tous les cas, la garantie cesse à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion individuelle, qui peut être opérée selon les modalités définies ci-après à votre demande :
 - Tous les ans, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
 - à tout moment, à compter de l'expiration d'une durée minimale de 12 mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion au dispositif Loi Evin sous réserve du respect des modalités et restrictions définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application. Dans ce cas la demande de résiliation prend effet un mois après que l'Organisme Assureur en ait reçu notification.

La demande de résiliation peut être effectuée :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme Assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'Organisme Assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat. L'Organisme Assureur confirme par écrit la réception de la notification.

La dénonciation de l'adhésion individuelle est définitive.

AYANT DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ

La garantie complémentaire santé est maintenue à titre gratuit pendant un an, dans les conditions définies ci-après, aux ayants droit du salarié (ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité) décédé bénéficiaires de la garantie.

La couverture maintenue à vos ayants droit est celle qui vous était appliquée au jour du décès. Le maintien est accordé sans examen, sans questionnaire médical et sans délai de carence ou période de stage.

Vos ayants droit devront en faire la demande à l'Organisme Assureur et remplir un bulletin d'adhésion.

La demande doit être effectuée au plus tard dans les 6 mois suivant le décès du salarié. Le dépassement de ce délai de 6 mois entraîne la forclusion définitive.

L'Organisme Assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date du décès de l'assuré.

Le maintien à titre gratuit de la garantie complémentaire santé pour vos ayants droit prend effet au plus tôt le 1er jour du mois qui suit votre décès et au plus tard le lendemain de la réception de la demande.

Au-delà de cette période de maintien d'un an à titre gratuit, vos ayants droit peuvent demander un nouveau maintien de garantie en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante. Ce maintien prend effet le premier jour du mois qui suit la demande.

Le maintien de la garantie complémentaire santé cesse :

- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de dénonciation de votre adhésion individuelle par l'ayant droit de l'assuré décédé qui peut être opérée selon les modalités définies ci-après :
- tous les ans, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;

- à tout moment, à compter de l'expiration d'une durée minimale de 12 mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion sous réserve du respect des modalités et restrictions définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application. Dans ce cas la demande de résiliation prend effet un mois après que l'Organisme Assureur en ait reçu notification ;

La demande de résiliation peut être effectuée :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme Assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'Organisme Assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

- à la date d'effet de la résiliation du contrat;
- en tout état de cause, au décès de votre (vos) ayant(s) droit.

La dénonciation de l'adhésion individuelle est définitive.

» ANNEXE 1 – TABLEAU DES GARANTIES

RÉGIME « BASE PRIME »

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL(1) (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	130 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours		
- Frais de séjour	150 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) : - Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie - Maternité	1,5 % PMSS* / jour 2 % PMSS / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie. Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie.
- Frais d'accompagnement (par jour)	Néant	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	130 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100 % BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	
Transport	100 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé ⁽²⁾		
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF	
Prothèses hors 100% santé		
- Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾ · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaire - dents de fond de bouche)	100 % BR 125 % BR 270 % BR 170 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾ · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaire - dents de fond de bouche)	100 % BR 125 % BR 270 % BR 170 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	275 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie ⁽³⁾	Néant	
OPTIQUE		
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans. 1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale)		
Équipements 100% santé - verres et/ou monture - Classe A ⁽⁴⁾		
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
- Prestations d'appariement pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
- Supplément pour Verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
Équipements hors 100% santé - verres et/ou monture - Classe B - Tarifs libres ⁽⁶⁾		
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	70 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	50 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur

Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antipétosis/verres iséconiques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Jusqu'au 31.12.2020 :		
- Aides auditives	100 % BR + 5 % PMSS par année civile	
- Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	
A compter du 01.01.2021 : Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.		
Équipement 100% santé⁽⁸⁾ - Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Équipement hors 100% santé⁽⁹⁾ - Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR + 170€	
- Aides auditives jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % BR + 170€	Y compris les personnes de 20 ans
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	Néant	
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	Néant	
MATERNITÉ		
- Allocation naissance	5 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré
FONDS SOCIAL		

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'Organisme Assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle. Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge... Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés. Les Organismes Assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE PRIME	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁰⁾	48 €	38 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	90 €	81 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	52 €	43 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	52 €	43 €
		SPH > 0 et S > + 6	86 €	76 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	86 €	76 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	86 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	114 €	105 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	124 €	114 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	124 €	114 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	124 €	114 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	133 €	124 €
		SPH > 0 et S > + 8	133 €	124 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	133 €	124 €

* **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / * **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * **AMC** : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / * **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / * **Service Médical Rendu (SMR)** : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * **HLF** : Honoraires Limites de Facturation / * **PLV** : Prix limite de vente / * **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

(1) Dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés,

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

· La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise

en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas

de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

· Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(6) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

(10) Le verre neutre est compris dans cette classe.

RÉGIME « CONFORT »

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL(1) (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	175 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	155 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours		
- Frais de séjour	250 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) : · Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie · Maternité	2,5 % PMSS* / jour 3 % PMSS / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie. Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie.
- Frais d'accompagnement (par jour)	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	175 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	155 % BR	
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100 % BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	
Transport	100 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé ⁽²⁾		
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à chargé du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à chargé du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF	
Prothèses hors 100% santé		
- Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾ · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaire - dents de fond de bouche)	135 % BR 130 % BR 365 % BR 265 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾ · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaire - dents de fond de bouche)	35 % BR 130 % BR 365 % BR 265 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	300 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie ⁽³⁾	300 €	
OPTIQUE		
<p>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans. 1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale)</p>		
Équipements 100% santé - verres et/ou monture - Classe A ⁽⁴⁾		
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à chargé du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à chargé du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à chargé du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à chargé du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
- Prestations d'appariement pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à chargé du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
- Supplément pour Verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à chargé du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
Équipements hors 100% santé - verres et/ou monture - Classe B - Tarifs libres ⁽⁶⁾		
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur

Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antipétosis/verres isocroniques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	300 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Jusqu'au 31.12.2020 :		
- Aides auditives	100 % BR + 15 % PMSS par année civile	
- Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	
A compter du 01.01.2021 : Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.		
Équipement 100% santé⁽⁸⁾ - Classe I - Soumis à des prix limités de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Équipement hors 100% santé⁽⁹⁾ - Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100 % BR + 170€	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	100 % BR + 170€	Y compris les personnes de 20 ans
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	Néant	
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	10 % PMSS	
MATERNITÉ		
- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré
FONDS SOCIAL		

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'Organisme Assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle. Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge... Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés. Les Organismes Assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE PRIME	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁰⁾	68 €	54 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	128 €	115 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	74 €	61 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	74 €	61 €
		SPH > 0 et S > + 6	122 €	108 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	122 €	108 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	135 €	122 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	162 €	149 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	176 €	162 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	176 €	162 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	176 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	189 €	176 €
		SPH > 0 et S > + 8	189 €	176 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	189 €	176 €

* **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / * **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * **AMC** : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / * **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / * **Service Médical Rendu (SMR)** : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * **HLF** : Honoraires Limites de Facturation / * **PLV** : Prix limite de vente / * **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

(1) Dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés,

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

· La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise

en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas

de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

· Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(6) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

(10) Le verre neutre est compris dans cette classe.

RÉGIME « CONFORT PLUS »

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL(1) (AMO + AMC)*	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	200 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	180 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours		
- Frais de séjour	350 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) :		
· Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	3,5 % PMSS* / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie.
· Maternité	4 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie.
- Frais d'accompagnement (par jour)	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	200 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	180 % BR	
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100 % BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	150 % BR	
Transport	100 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé ⁽²⁾		
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF	
Prothèses hors 100% santé		
- Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾ · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaire - dents de fond de bouche)	165 % BR 160 % BR 415 % BR 315 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾ · Inlay, onlay · Inlay-Core · Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) · Autres prothèses (molaire - dents de fond de bouche)	165 % BR 160 % BR 415 % BR 315 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	325 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie ⁽³⁾	600 €	
OPTIQUE		
<p>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).</p> <p>1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.</p> <p>1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale)</p>		
Équipements 100% santé - verres et/ou monture - Classe A ⁽⁴⁾		
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
- Prestations d'appariement pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
- Supplément pour Verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	
Équipements hors 100% santé - verres et/ou monture - Classe B - Tarifs libres ⁽⁶⁾		
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur

Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiphtosis/verres isocroniques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	400 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Jusqu'au 31.12.2020 :		
- Aides auditives	100 % BR + 25 % PMSS par année civile	
- Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	
A compter du 01.01.2021 : Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.		
Équipement 100% santé⁽⁸⁾ - Classe I - Soumis à des prix limités de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV.	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Équipement hors 100% santé (9) - Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR + 850€	
- Aides auditives jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % BR + 300€	Y compris les personnes de 20 ans
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	
PREVENTION - BIEN-ETRE		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	3,5 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	20€/séance	Limité à 5 séances par an par bénéficiaire
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	10 % PMSS	
MATERNITÉ		
- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré
FONDS SOCIAL		

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'Organisme Assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle. Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge... Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés. Les Organismes Assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE PRIME	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁰⁾	83 €	67 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	158 €	141 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	92 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	92 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	133 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150 €	133 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	166 €	150 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	200 €	183 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	216 €	200 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	216 €	200 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	216 €	200 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	233 €	216 €
		SPH > 0 et S > + 8	233 €	216 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	233 €	216 €

* **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / * **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * **AMC** : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / * **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / * **Service Médical Rendu (SMR)** : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * **HLF** : Honoraires Limites de Facturation / * **PLV** : Prix limite de vente / * **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

(1) Dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés,

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

· La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise

en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas

de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

· Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(6) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

(10) Le verre neutre est compris dans cette classe.

ORGANISMES ASSUREURS	CONTACTS DPO	RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	ACTION SOCIALE
HARMONIE MUTUELLE Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473. N° LEI 969500JLU5ZH89G4TD57 Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris	HARMONIE MUTUELLE • Par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr • ou par courrier à : Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 NANTES Cedex 2	HARMONIE MUTUELLE • Par mail à : http://cnpm-mediation-consommation.eu • ou par courrier à : CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND	RMA • Par téléphone : 09 69 39 29 13 • Par mail : actionsocialehm@rmassistance.fr

» ANNEXE 2 – QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 18 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- depuis le 1er janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- depuis le 1er janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées respectent, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

UNE GARANTIE RESPONSABLE DOIT PRÉVOIR :

1°) DES PRISES EN CHARGE OBLIGATOIRES EN SOINS DE VILLE ET D'HOSPITALISATION :

- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés (= 100% du Ticket modérateur) pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales ;
- La prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;
- La prise en charge du forfait patient urgence à compter du 1er janvier 2022.

2°) L'ENCADREMENT DE CERTAINES PRESTATIONS SI ELLES SONT PRÉVUES PAR LE CONTRAT :

- **Dépassement d'honoraires des médecins** : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire **n'a pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)⁽¹⁾** prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement sécurité sociale (BR) et doit être inférieure d'au moins 20% de la BR à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

3°) DES PRISES EN CHARGES EN DENTAIRE, OPTIQUE ET DES AIDES AUDITIVES :

- **Remboursement Optique** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :
 - La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP⁽²⁾ après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels, dans la limite des PLV.
 - La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros (AMO incluse).

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an

pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

• Remboursement des aides auditives : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- La prise en charge des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels, dans la limite des PLV.
- La prise en charge des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

• Remboursement dentaire : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :

- La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation.
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur.
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » hauteur du ticket modérateur.

4°) DES EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

5°) LA POSSIBILITÉ DE BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de cette garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à compter du 1er janvier 2022, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéficiaire du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

(1) Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Liste des Produits et Prestations.



Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



4000A-0822_CSDC Version 0.92022 - Studio graphique



**Harmonie
mutuelle**
GROUPE **vyv**

AVANÇONS collectif