

# FRAIS DE SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION  
AUX CONTRATS D'ASSURANCE COLLECTIFS :  
« SOCLE » À ADHÉSION OBLIGATOIRE  
« EXTENSION CONJOINT », « SURCOMPLÉMENTAIRE »  
« RENFORT HOSPITALISATION » À ADHÉSION FACULTATIVE

## NOTICE D'INFORMATION

Convention collective nationale des bureaux d'études techniques  
cabinets d'ingénieurs - conseils et des sociétés de conseils (IDCC 1486)

Édition 2023



**Harmonie  
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

## » IMPORTANT

Informations à compléter par le *souscripteur* (l'employeur) avant remise de la notice d'information au salarié

### GARANTIES ET NIVEAU(X) DE COUVERTURE RETENU(S)

Au titre du contrat « *socle* » à adhésion obligatoire :

- Base conventionnelle
- Base conventionnelle + Option 1
- Base conventionnelle + Option 2
- Base conventionnelle + Option 3

• En fonction du niveau de couverture « *socle* » à adhésion obligatoire retenu par votre employeur, vous pouvez demander à atteindre un niveau de couverture supérieur pour vous et vos éventuels *ayants droit*, au titre de la « *surcomplémentaire* » à adhésion facultative :

- Base conventionnelle + Option 1
- Base conventionnelle + Option 2
- Base conventionnelle + Option 3

• Vous pouvez améliorer vos garanties sur le poste frais d'honoraires en hospitalisation pour vous et vos éventuels *ayants droit* au titre de la/du *surcomplémentaire* « *Renfort hospitalisation* »

• Vous pouvez étendre le bénéfice des garanties frais de santé souscrites à votre conjoint en souscrivant à la complémentaire « *Extension conjoint* »

# SOMMAIRE

<b>LEXIQUE</b> .....	4
<b>PRÉAMBULE</b> .....	7
<b>PARTIE 1 - CONDITIONS GÉNÉRALES COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTÉ</b> .....	8
<b>1 - DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT</b> .....	8
1.1 Caractère de l'adhésion et nature du contrat .....	8
1.2 Objet du contrat .....	8
1.3 Degré élevé de solidarité .....	8
1.4 Obligations liées à la territorialité .....	8
<b>2 - DISPOSITIONS RELATIVES À L’AFFILIATION AU CONTRAT</b> .....	8
2.1 Conditions et formalités d'affiliation .....	8
2.2 Prise d'effet de l'affiliation .....	9
2.3 Cessation de l'affiliation .....	9
<b>3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES</b> .....	10
3.1 Objet des garanties .....	10
3.2 Prise d'effet et cessation des garanties .....	10
3.3 Les prestations .....	10
3.4 Règlement des prestations .....	11
<b>4 - MAINTIEN DES GARANTIES</b> .....	12
4.1 En cas de suspension du contrat de travail .....	12
4.2 En cas de cessation du contrat de travail ( <i>portabilité</i> ) .....	12
4.3 En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et <i>ayants droit</i> de salariés décédés .....	12
<b>5 - COTISATIONS</b> .....	13
5.1 Montant et structures des cotisations .....	13
5.2 Modalités de paiement .....	13
5.3 Défaut de paiement .....	13
<b>6 - RÉFÉRENCES LÉGALES</b> .....	13
6.1 Fausse déclaration .....	13
6.2 Déchéance .....	14
6.3 Prescription .....	14
6.4 Subrogation .....	14
6.5 Réclamation - Médiation .....	14
6.6 Juridiction compétente .....	14
6.7 Protection des données à caractère personnel .....	14
6.8 Autorité de contrôle .....	15
<b>7 - PIÈCES JUSTIFICATIVES</b> .....	15
7.1 Pièces nécessaires à l'affiliation .....	15
7.2 Pièces nécessaires au paiement des prestations .....	15

<b>PARTIE 2 - CONDITIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTÉ RESPONSABLES</b> .....	16
<b>1 - NATURE DU CONTRAT</b> .....	16
<b>2 - PRÉCISIONS SUR L'APPLICATION DU 100 % SANTÉ</b> .....	16
2.1 Optique .....	16
2.2 Dentaire .....	17
<b>PARTIE 3 - CONDITIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTÉ NON RESPONSABLES</b> .....	17
<b>1 - NATURE DU CONTRAT</b> .....	17

## LEXIQUE

### PRINCIPAUX TERMES UTILISÉS :

#### ORGANISME ASSISTEUR

##### Ressources Mutuelles Assistance

(RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682,

siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex

Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28)

#### ORGANISME ASSUREUR

##### 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 et le numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57

Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris.

Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L931-3 du Code de la *sécurité sociale* seront remplacés respectivement par « *souscripteur* » et « *assuré* » ;

#### SOUSCRIPTEUR

La personne morale relevant de la **Convention collective nationale des Bureaux d'études techniques cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils (IDCC 1486)**, signataire des conditions particulières, qui a conclu le(s) contrat(s) d'assurance avec l'*organisme assureur* au bénéfice des salariés appartenant à la *catégorie assurée*.

#### CATÉGORIE ASSURÉE

L'ensemble des salariés du *souscripteur* appartenant à la *catégorie assurée* définie aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1. « Personnes assurables ».

#### ASSURÉ

La personne physique, affiliée au(x) contrat(s), sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la *catégorie assurée*.

#### AYANTS DROIT

##### Le conjoint est :

- l'époux ou l'épouse de l'*assuré*, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire de l'*assuré* lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'*assuré* au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins 2 ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que l'*assuré* et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS) et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

##### Les enfants à charge :

sont ceux de l'*assuré* ou ceux de son conjoint qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- bénéficiant d'un régime de *Sécurité sociale* du fait de l'affiliation de l'*assuré* ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle.

Cette limite d'âge est portée jusqu'à la veille du 26e anniversaire pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études, ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée et s'ils sont fiscalement à la charge de l'*assuré*, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'*assuré* déduit fiscalement de son revenu global ;
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

les enfants sans limite d'âge, reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

#### BÉNÉFICIAIRES

##### • L'assuré

- Les enfants à charge et le conjoint, sous réserve de la structure de cotisation ainsi que des dispositions mentionnées à l'article 3.2.1. « Prise d'effet des garanties ».

#### CONTRAT COMPLÉMENTAIRE « SOCLE »

##### CONDITIONS GÉNÉRALES N° 9440/2

**Contrat complémentaire responsable à adhésion obligatoire** prévoyant la couverture, de la catégorie de personnel mentionnée aux conditions particulières ainsi que les enfants à charge tels que définis ci-avant, dans le respect des obligations conventionnelles.

Ce contrat intervient immédiatement après la *Sécurité sociale* et avant les éventuels contrats *surcomplémentaires*.

Le contrat *socle* se compose de 4 niveaux de couverture au choix de l'entreprise :

- base conventionnelle ;
- base conventionnelle + option 1 ;
- base conventionnelle + option 2 ;
- base conventionnelle + option 3.

Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « *Socle* ».

#### COMPLÉMENTAIRE « EXTENSION CONJOINT »

##### CONDITIONS GÉNÉRALES N° 9442/2

**Complémentaire responsable à adhésion facultative**, prévoyant la faculté pour le salarié d'étendre le bénéfice des garanties souscrites à son conjoint, dans le respect des obligations conventionnelles.

Le conjoint bénéficie du même niveau de garanties que le salarié.

La cotisation correspondante est à la charge exclusive du salarié.

Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « *Extension conjoint* ».

#### « SURCOMPLÉMENTAIRE » CONDITIONS GÉNÉRALES N° 9444/2

**Surcomplémentaire responsable à adhésion facultative**, prévoyant la faculté pour le salarié d'améliorer les garanties et celles de ses *ayants droit*, selon le choix opéré par le *souscripteur* dans le cadre du contrat « *Socle* ».

En fonction du choix du *souscripteur*, le salarié peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieur :

- base conventionnelle + option 1 ;
- base conventionnelle + option 2 ;
- base conventionnelle + option 3.

Ce contrat intervient après le remboursement de la *Sécurité sociale* et le contrat « *socle* » dans la limite des frais réellement engagés.

Les enfants et le conjoint éventuel bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

La cotisation correspondante est à la charge exclusive du salarié.

Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « *Surcomplémentaire* ».

#### CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE « RENFORT HOSPITALISATION »

##### CONDITIONS GÉNÉRALES N°13687

**Contrat surcomplémentaire non responsable à adhésion facultative**, prévoyant la faculté pour le salarié d'améliorer encore les garanties et celles de ses *ayants droit*, sur le poste frais d'honoraires en hospitalisation.

Ce contrat intervient après le remboursement de la *Sécurité sociale*, le contrat « *socle* » et le contrat « *surcomplémentaire* » dans la limite des frais réels.

Les enfants et le conjoint éventuel bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

La cotisation correspondante est à la charge exclusive du salarié.

Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « *Renfort hospitalisation* ».

## AUTRES TERMES UTILISÉS :

### ACCIDENT

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

### ACTES

Les *actes* pris en considération sont ceux :

- référencés par la *Sécurité sociale* aux *nomenclatures* définissant les *actes*, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.
- non référencés par la *Sécurité sociale* aux *nomenclatures* mais expressément prévus au tableau des garanties qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET, ADELI ou RPPS.

### BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)

Le tarif servant de base de calcul à la *Sécurité sociale* pour rembourser les frais médicaux. Les *BR* sont consultables sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr).

### DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr).

### DÉCLARATION SOCIALE NOMINATIVE (DSN)

La *DSN* est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

### FORFAIT PATIENT URGENCE

La loi de financement de la *Sécurité sociale* pour 2021 a prévu la mise en place du *forfait patient urgences* pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les *actes* et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que celui du *ticket modérateur*.

### FRANCHISE

La *franchise* est une somme déduite par la *Sécurité sociale* de ses remboursements sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La *franchise* n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

Voir aussi participation *forfaitaire*

### MALADIE

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

### MATERNITÉ

État de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance *maternité*.

### MONTANT REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (MR)

Ce montant est calculé ainsi :

$[Base\ de\ remboursement\ (BR)] \times [Taux\ de\ remboursement\ appliqué\ par\ la\ Sécurité\ sociale]$ .

### NOMENCLATURE

Codification des *actes* et des médicaments donnant lieu à remboursement de la *Sécurité sociale*.

## PARCOURS DE SOINS

Obligation pour tout assuré de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste à l'exception des cas suivants sauf :

- en cas d'urgence,
- d'éloignement du domicile,
- ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé :
  - ophtalmologue,
  - gynécologue,
  - stomatologue,
  - psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans.

Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du *ticket modérateur* qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.

## PARTICIPATIONS FORFAITAIRES ET FRANCHISE MÉDICALE

1. Participation forfaitaire d'un Euro :

Montant forfaitaire non remboursé par la *Sécurité sociale* qui concerne les consultations, les *actes* des médecins et les *actes* biologiques.

Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

2. Participation forfaitaire « actes lourds »

*Ticket modérateur* forfaitaire appliqué sur les *actes* supérieurs au montant fixé par l'État et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

Cette participation forfaitaire est remboursée par l'organisme assureur.

## PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Plafond de la *Sécurité sociale* est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1er janvier. Il est utilisé pour :

- le calcul du montant des cotisations,
- certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.

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

## PORTABILITÉ

Dispositif qui permet le maintien des garanties frais de santé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et *bénéficiaires* de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la *Sécurité sociale* pendant une certaine durée.

## PRESTATIONS EN NATURE

Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les *bénéficiaires*.

## PROCÉDURES COLLECTIVES

Procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site [www.légifrance.fr](http://www.légifrance.fr)

## RESTE À CHARGE

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la *Sécurité sociale*. Il est constitué :

- du *ticket modérateur* (sur les soins et prestations remboursés par la *Sécurité sociale*) ;
- de l'éventuelle *franchise* ou participation forfaitaire ;
- des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- de l'éventuel forfait journalier hospitalier ;
- des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par la *Sécurité sociale*.

L'organisme assureur couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du *reste à charge*.

La participation forfaitaire et la *franchise* ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur.

## **SECTEUR CONVENTIONNÉ**

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité sociale* et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce *secteur conventionné*, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la *Sécurité sociale*. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la *Sécurité sociale*. Le *ticket modérateur* et le dépassement de la base de remboursement du *régime obligatoire* sont à la charge des *bénéficiaires*.

## **SECTEUR NON CONVENTIONNÉ**

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité sociale* et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la *Sécurité sociale* est alors effectué sur une base minorée.

## **SÉCURITÉ SOCIALE (RÉGIME OBLIGATOIRE)**

Régime général ou local de *Sécurité sociale* française dont dépendent les *bénéficiaires*.

## **SERVICE MÉDICAL RENDU (S.M.R.)**

Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la *Sécurité sociale*.

## **SINISTRE**

La survenance des soins.

## **SUPPORT DURABLE**

Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique.

## **TICKET MODÉRATEUR**

Participation de l'*assuré* aux tarifs définis par la *Sécurité sociale* pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la *Sécurité sociale*.

Le *Ticket Modérateur* est égal à la différence entre la Base de Remboursement de la *Sécurité sociale* (BR) et le Montant Remboursé (MR) par celle-ci.

## **UNOCAM**

Union nationale des organismes d'assurance *maladie* complémentaire, association, fondée le 23 mai 2005, représente à travers ses membres tous les opérateurs en assurance *maladie* complémentaire. Ces derniers échangent et se concertent pour construire des positions communes sur toute question relative à l'assurance *maladie* et à l'évolution du financement du système de santé. Dans ce cadre, l'*UNOCAM* a établi un « glossaire » explicatif des termes utilisés par les différents acteurs permettant aux *assurés* de mieux comprendre leurs garanties.

Ce « glossaire » est consultable sur : <https://unocam.fr/glossary/>

## » PRÉAMBULE

**Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Bureaux d'études techniques cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils.**

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel frais de santé, au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de l'Accord frais de santé.

L'employeur relevant de la Convention collective nationale des Bureaux d'études techniques cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils, adhère au(x) contrat(s) frais de santé mis en œuvre l'organisme assureur défini au Lexique de la présente notice d'information.

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

# PARTIE 1 - CONDITIONS GÉNÉRALES COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTÉ

## 1 - DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT

Les présentes conditions générales communes (Partie 1) s'appliquent pour la souscription d'un ou de plusieurs contrats auprès de l'*organisme assureur* recommandé. Lorsque plusieurs contrats sont souscrits, ceux-ci sont juridiquement distincts : un numéro de contrat propre leur est attribué.

En complément des dispositions générales communes exposées à la présente Partie 1, s'appliquent :

- soit les conditions générales spécifiques **aux contrats responsables** de la Partie 2, pour les contrats « **Socle** », « **Extension conjoint** » et « **Surcomplémentaire** » avec les niveaux base conventionnelle, base conventionnelle + option 1, base conventionnelle + option 2, base conventionnelle + option 3 ;
- soit les conditions générales spécifiques **au contrat non responsable** de la Partie 3, pour le contrat « **Renfort hospitalisation** ».

ceci afin de tenir compte de la nature du (ou des) contrat(s) souscrit(s), telle qu'explicitée à l'article 1.1. « Caractère de l'adhésion et nature du contrat ».

Il s'agit de contrat(s) dédié(s) aux entreprises relevant de la Branche professionnelle suivante :

« **bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils.** » (IDCC 1486).

### 1.1. CARACTÈRE DE L'ADHÉSION ET NATURE DU CONTRAT.

Le contrat souscrit auprès de l'*organisme assureur* est, selon les modalités choisies par le *souscripteur* et rappelées en deuxième page de la notice d'information :

- un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire (contrat « *socle* ») ;
- un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative (« *extension conjoint* », « *surcomplémentaire* » et « *Renfort hospitalisation* »).

La nature du contrat peut être :

- soit complémentaire (Contrats « *Socle* » et « *Extension conjoint* ») ;
- soit *surcomplémentaire* (Contrats « *Surcomplémentaire* » et « *Renfort hospitalisation* »).

L'*assuré* et ses enfants à charge tels que définis au Lexique bénéficient des garanties du contrat collectif « *socle* ».

L'*assuré* peut étendre le bénéfice des garanties à son conjoint tel que défini au Lexique et peut également améliorer son niveau de couverture.

Le périmètre de mutualisation est constitué de l'ensemble des entreprises relevant de la **Convention collective nationale des bureaux d'études techniques, cabinet d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils**, ayant souscrit aux conditions tarifaires et pour les seules garanties prévues dans l'accord de branche auprès de l'un des organismes assureurs recommandés.

Les contrats souscrits dans le cadre du régime « *Sortie de groupe* » et « *Renfort hospitalisation* » n'entrent pas dans le périmètre de la mutualisation précitée.

### 1.2. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'*organisme assureur* accorde aux *bénéficiaires* le remboursement dans la limite des frais réellement engagés de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'*accident*, de *maladie* ou de *maternité*.

Le contrat relève des branches d'activité 1 (*accidents*) et 2 (*maladie*).

Votre contrat ouvre droit aux garanties d'assistance *assurées* par d'un assistant agréé dont la dénomination, les mentions légales et les coordonnées sont stipulées au lexique, sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales d'application des garanties d'assistance. La notice d'information de l'assistant est jointe à la présente notice d'information. Le coût de la garantie assistance est inclus dans le montant de la cotisation du contrat.

### 1.3. DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

La Convention collective nationale des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils, a instauré un fonds de solidarité des organismes assureurs recommandés permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, conformément aux articles R.912-1 et R.912-2 alinéa 1, 2, et 3 du Code de la *sécurité sociale*.

Dans le cadre de ses missions, le Comité paritaire de surveillance déterminera les orientations des actions de prévention ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'action sociale mises en œuvre par le fonds de solidarité, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement. Les actions de prévention déployées en matière de qualité du sommeil, d'alimentation et de sensibilisation aux addictions ont été identifiées comme prioritaires par les partenaires sociaux.

### 1.4. OBLIGATIONS LIÉES À LA TERRITORIALITÉ

L'activité de l'entreprise souscriptrice est réputée s'exercer en France y compris les départements et régions d'Outre-Mer (DROM).

L'*assuré* bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

- sur le territoire français
- ou
- hors de ce territoire :
  - lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
  - ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la *Sécurité sociale*, et dans les conditions prévues à l'article 3.3.1. « Territorialité de la couverture - soins à l'étranger ».

## 2 - DISPOSITIONS RELATIVES À L'AFFILIATION AU CONTRAT

### 2.1. CONDITIONS ET FORMALITÉS D'AFFILIATION

#### 2.1.1. Personnes assurables

Dans le cadre du contrat « *Socle* », sous réserve qu'elles aient été déclarées à l'*organisme assureur*, les personnes pouvant être *assurées* sont :

- La totalité des salariés du *souscripteur*, appartenant à la *catégorie assurée* définie en deuxième page de la notice d'information :
  - ceux dont le contrat de travail est en vigueur,
  - en suspension de contrat de travail visés à l'article 4.1.1.

- les anciens salariés du *souscripteur* bénéficiant d'un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la *portabilité*

#### Cas particuliers :

Les personnes dont le contrat de travail est suspendu non visées à l'article 4.1.1, peuvent aussi bénéficier du contrat à titre facultatif notamment dans les situations suivantes :

- congé parental d'éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé sabbatique,
- création d'entreprise.

Dans le cadre des contrats « *Surcomplémentaire* » et « *Renfort hospitalisation* », toutes les personnes définies ci-avant, peuvent bénéficier du contrat, si elles le souhaitent.

#### REMARQUES :

Le conjoint peut bénéficier des mêmes garanties que le salarié *assuré* dans les conditions de l'article 3.2.1. « Prise d'effet des garanties ».

#### 2.1.2. Formalités d'affiliation

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la *DSN* (le choix d'option par le salarié et la déclaration des *ayants droit* etc...)

Sur demande de l'*organisme assureur*, les personnes assurables doivent alors accomplir les formalités d'affiliation suivantes :

- si nécessaire, transmettre les formulaires individuels d'affiliation signés,



- si le contrat le prévoit, choisir l'option de garanties,
- déclarer ses éventuels *ayants droit* à couvrir à titre obligatoire (leur(s) enfant(s) à charge) ou facultatif, (le conjoint) selon le contrat souscrit.

Les éléments d'affiliation ci-dessus doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par le *souscripteur*.

**Dans le cadre des contrats « Extension conjoint », « Surcomplémentaire » et « Renfort hospitalisation », les salariés peuvent demander leur affiliation conformément aux dispositions ci-avant et déclarer le cas échéant les *ayants droit* à couvrir uniquement dans les trois mois qui suivent la date :**

- d'effet du contrat,
- d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation du contrat obligatoire),
- de changement de situation familiale (mariage, Pacs, concubinage ou naissance...).

Si la demande d'affiliation intervient après le délai de trois mois, elle prend effet au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

**2.1.3. Choix du niveau de couverture par le *souscripteur* dans le cadre du contrat « socle »**

Le choix effectué par le *souscripteur* rappelé en deuxième page de la notice d'information, s'impose à l'ensemble des salariés et de ses éventuels *ayants droit* couverts par le contrat *socle*.

**2.1.4. Choix d'options par l'assuré dans le cadre du contrat « surcomplémentaire »**

**Le contrat « Surcomplémentaire » à adhésion facultative, prévoit des garanties à options qui figurent au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information .**

**Dans ce cas, l'assuré affilié au contrat souscrit par son entreprise peut au titre de celui-ci demander à s'affilier à des options dans les conditions suivantes :**

**■ Choix de l'option**

En fonction du choix opéré par l'entreprise dans le cadre du contrat « *Socle* », les *assurés* peuvent améliorer leurs garanties et demander à atteindre un niveau de couverture supérieur.

	Choix possible pour le salarié :		
	Base conventionnelle + Option 1	Base conventionnelle + Option 2	Base conventionnelle + Option 3
<b>Choix de l'entreprise pour le contrat « Socle »</b>			
Base conventionnelle	X	X	X
Base conventionnelle + Option 1	-	X	X
Base conventionnelle + Option 2	-	-	X
Base conventionnelle + Option 3	-	-	-

**Les combinaisons d'options qui peuvent être choisies sont présentées ci-dessus et rappelées en deuxième page de la notice d'information.**

L'assuré exprime son choix lors de son affiliation, en remplissant le bulletin individuel d'affiliation.

Ce choix s'applique à lui-même et à ses enfants à charge et en cas d'affiliation du conjoint, à celui-ci également.

Les prestations frais de santé sont versées en complément des remboursements de la *Sécurité sociale*, sauf exception prévue dans le tableau de garanties.

Le cumul des prestations versées, le cas échéant, par la *Sécurité sociale* et par l'*organisme assureur* au titre du contrat « *Socle* » et de l'option choisie au titre du contrat « *Surcomplémentaire* », ne peut en aucun cas excéder le montant des frais réellement engagés.

**■ Modalités de changement d'option**

L'assuré peut modifier son choix vers une option supérieure ou inférieure dans les 3 mois qui suivent :

- la date d'effet du contrat ;
- la date d'entrée dans la catégorie de personnel *assurée* ;
- un changement de situation de famille de l'*assuré* ;
- toute modification de la part de l'*organisme assureur* sur l'une des options choisies.

Ce changement intervient au 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'*organisme assureur*.

L'assuré peut également modifier son choix :

**- vers une option supérieure :**

- à tout moment avec prise d'effet au 1er janvier de l'année qui suit la réception de sa demande, la demande de modification devant parvenir à l'*organisme assureur* avant le 31 octobre qui précède ;
- au 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'*organisme assureur*, en cas de changement de situation de famille.

**- vers une option inférieure :**

- tous les 2 ans avec prise d'effet au 1er janvier, la demande de modification devant parvenir à l'*organisme assureur* avant le 31 octobre qui précède ;
- au 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'*organisme assureur*, en cas de changement de situation de famille.

En tout état de cause, l'*assuré* peut dénoncer son affiliation au contrat pour lui et l'ensemble de ses *ayants droit*, dans les modalités prévues à l'article 2.3. « **Cessation de l'affiliation** ».

Toute nouvelle affiliation n'est possible qu'à l'issue d'un délai de 2 années civiles suivant la dénonciation.

**2.2. PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION**

L'affiliation prend effet dans les conditions suivantes sous réserve de la réception du formulaire individuel d'affiliation dans les délais prévus à l'article 2.1. « Conditions et formalités d'affiliation ».

Si le formulaire individuel d'affiliation n'est pas transmis dans ce délai ou s'il est incomplet, l'affiliation sera effective à la date d'effet de l'accord exprès de l'*organisme assureur*.

**2.2.1. A la souscription du contrat**

**Dans le cadre du contrat « Socle », l'affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat.**

**Dans le cadre des contrats « Extension conjoint », « Surcomplémentaire » et « Renfort hospitalisation », l'affiliation des personnes assurables souhaitant bénéficier du contrat prend effet au plus tôt à la même date que le contrat.**

**2.2.2. En cours de contrat**

**Dans le cadre du contrat « Socle », l'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation...).**

**Dans le cadre des contrats « Extension conjoint », « Surcomplémentaire » et « Renfort hospitalisation », l'affiliation des personnes assurables souhaitant bénéficier du contrat prend effet au plus tôt le jour de l'entrée dans la catégorie assurée (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation du contrat obligatoire, de changement de la situation de famille...).**

**2.3. CESSATION DE L'AFFILIATION**

**L'affiliation au contrat prend fin pour chaque assuré dans les cas suivant :**

- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3. « Défaut de paiement » ;
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la *catégorie assurée* ;
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 4.1. « En cas de suspension du contrat de travail » ;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail » ;
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite ;
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif ;
- à la date du décès de l'*assuré*.

**Dans le cadre des contrats « Extension conjoint », « Surcomplémentaire » et « Renfort hospitalisation », l'assuré peut dénoncer son affiliation et celle de l'ensemble de ses *ayants droit* par écrit conformément aux modalités précisées à l'article 1.4.**

« Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat », adressé :

- dans un délai de 1 mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie à cet effet, en cas de modification apportée à leurs droits et obligations ;
- 2 mois avant la date d'échéance de la première année de prise d'effet de l'affiliation soit au plus tard le 31 octobre ;
- à tout moment après la première année de prise d'effet de l'affiliation.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation, il peut dénoncer celle-ci sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'affiliation prend effet à défaut d'accord des parties un (1) mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de l'assuré.

Lorsque l'assuré a le droit de dénoncer l'affiliation, la notification de la dénonciation de l'affiliation peut être effectuée, au choix de l'assuré :

- 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.

Dans le cas où l'assuré souhaite dénoncer son affiliation conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectuée pour le compte de l'assuré souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

**Une nouvelle affiliation au contrat à adhésion facultative est possible à l'issue d'un délai de deux années civiles suivant la résiliation.**

## 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

### 3.1. OBJET DES GARANTIES

Les garanties concernent le remboursement, de toutes dépenses liées à une maladie, une maternité ou à un accident :

- dans la limite des frais réels engagés par les bénéficiaires,
- ayant donné lieu au versement de prestations par la Sécurité sociale.

Le contrat peut prévoir le remboursement des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont indiqués au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

**Les prestations sont versées selon les modalités fixées ci-après.**

### 3.2. PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES

#### 3.2.1. Prise d'effet des garanties

##### ■ Pour les assurés

L'assuré bénéficie des garanties à partir de la date d'effet de son affiliation au contrat.

##### ■ Pour les ayants droit

Les enfants à charge tels que définis au Lexique bénéficient des garanties au titre du contrat « Socle ».

Le conjoint tel que défini au Lexique peut bénéficier des garanties au titre des contrats « Extension conjoint », « Surcomplémentaire » et « Renfort hospitalisation ».

Sous réserve qu'ils aient été déclarés dans les délais prévus à l'article 2.1. « Conditions et formalités d'affiliation » à l'organisme assureur, les garanties prennent effet :

- à la même date que les garanties de l'assuré ;
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit tels que définis au Lexique ;
- au jour où est intervenu le changement de situation familiale ;
- à la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'une dispense d'affiliation si la couverture des ayants droit est à titre obligatoire ;

• à défaut, à la date de l'accord de l'organisme assureur.

**Pour les contrats « Surcomplémentaire » et « Renfort hospitalisation », les ayants droit couverts sont nécessairement les mêmes que ceux couverts au titre du contrats « Socle » et « Extension conjoint ».**

#### 3.2.2. Cessation des garanties

##### ■ Pour les assurés

L'assuré ne bénéficie plus des garanties à la date de cessation de son affiliation.

##### ■ Pour les ayants droit

Les ayants droit ne bénéficient plus des garanties :

- à la date à laquelle il ne répond plus aux conditions prévues pour être défini comme ayant droit ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3. « Défaut de paiement » selon le contrat souscrit ;
- à la même date que celle de l'assuré ;
- lorsqu'il bénéficie du contrat à titre facultatif, à la date à laquelle l'assuré ne souhaite plus faire bénéficier le conjoint du contrat, sous réserve qu'il fasse la demande au moins 2 mois avant la date de cessation souhaitée.

### 3.3. LES PRESTATIONS

Le montant des prestations mentionné au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information de chaque contrat souscrit, est exprimé soit « y compris le remboursement de la Sécurité sociale » soit « en complément du remboursement de la Sécurité sociale ».

Les garanties prises en compte par l'organisme assureur pour le calcul des remboursements sont celles en vigueur à la date des soins.

- Pour les actes référencés par la Sécurité sociale, la date des soins est celle retenue par la Sécurité sociale.
- Pour les actes non référencés par la Sécurité sociale, la date des soins est celle de facturation.

Le total des remboursements de l'organisme assureur, de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières hors parcours de soin, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, **ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.**

Il en est de même pour les prestations exprimées en forfait annuel. Tout forfait n'est ni reportable ni cumulable d'une année sur l'autre.

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai de deux ans à compter de la date des soins tel que prévu à l'article 6.3. « Prescription ».

#### 3.3.1. Territorialité de la couverture - soins à l'étranger

Les soins effectués à l'étranger peuvent être remboursés sous réserve de respecter les trois conditions cumulatives suivantes, à savoir :

- survenir dans l'une des situations définies à l'article 1. 4. « Obligations liées à la territorialité »,
- avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Les remboursements de ces soins suivent les règles suivantes :

- ils sont établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale,
- ils sont effectués en euros, dans la limite des garanties du contrat. Les soins médicaux pratiqués à l'étranger sont remboursés comme ceux des médecins non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.

#### 3.3.2. Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- les actes non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention au tableau des garanties,
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou antérieurement à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires,

- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soin prévues par le Code de la Sécurité sociale,
  - les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,
  - tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement.
- A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR),
- tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,
  - l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée),
  - la cigarette électronique.

### 3.3.3. Limitation du remboursement des chambres particulières :

Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information, les chambres particulières :

- expressément demandées par le bénéficiaire. L'organisme assureur peut demander un justificatif.
- dont les tarifs sont publiquement affichés,
- faisant l'objet d'une facturation détaillant les services fournis par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- les appartements privés,
- les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

## 3.4. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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 on 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).

### 3.4.1. Via NOEMIE

NOEMIE est une procédure de traitement automatique des remboursements mise en place entre la Sécurité sociale et l'organisme assureur.

Il appartient à l'assuré de demander à bénéficier de ce service auprès de la Sécurité sociale.

Elle autorise l'organisme assureur à établir une liaison directe avec la caisse de Sécurité sociale des bénéficiaires. Les bénéficiaires peuvent ainsi obtenir un remboursement automatique de l'organisme assureur dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Les pièces complémentaires nécessaires au remboursement à adresser à l'organisme assureur sont listées au Titre VII « Pièces justificatives ».

### 3.4.2. Hors NOEMIE

Lorsque l'assuré n'a pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple en cas de paiement du ticket modérateur, il doit adresser une facture dûment acquittée à l'organisme assureur pour obtenir le remboursement.

La transmission par NOEMIE est inopérante si les bénéficiaires :

- sont déjà affiliés à une autre complémentaire santé,
- refusent ce service en le notifiant par écrit à l'organisme assureur,
- s'acquittent du ticket modérateur,

• ou si les ayants droit sont affiliés à un régime spécial de Sécurité sociale (régime minier, régime de la fonction publique...).

### ■ Recouvrement des prestations

L'organisme assureur se réserve le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées. (y compris en cas de versement à tort par la Sécurité sociale.)

### 3.4.3. Cumul d'organismes assureurs

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 et de la dépense engagée. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

### 3.4.4. Tiers payant

#### ■ La mise en œuvre du tiers payant

Le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour que le tiers payant s'applique il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant de l'organisme assureur et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'organisme assureur soient fournies.

Sans remettre en cause les dispositions spécifiques au contrat responsable et au 100 % santé, les situations suivantes ne permettent pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale :

- le défaut de consentement écrit de l'assuré à la transmission de données détaillées de la nomenclature de la Sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé.

Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.

- l'application par le professionnel de santé, de tarifs analysés comme excessifs par rapport aux prix les plus fréquents constatés sur le marché (supérieurs à 80 % des prix constatés) pour l'équipement délivré.

Dans les cas cités ci-dessus, le bénéficiaire devra avancer une partie des frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives mentionnées au contrat à l'organisme assureur afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

#### Spécificité du tiers payant pour le « 100 % Santé » :

Dans le cadre du « 100 % Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis règlementairement.

#### ■ La carte de tiers payant papier et dématérialisée

L'organisme assureur adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhérent/identifiant de l'assuré lui permettant de se connecter à son espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- les coordonnées de l'organisme assureur.

A compter du jour où les garanties cessent, l'assuré et ses éventuels ayants-droit ne doivent plus utiliser leur carte de tiers payant et doivent en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée (exemple : Pharmacien).

Si des versements sont effectués à tort par l'organisme assureur auprès des professionnels de santé, l'assuré devra les rembourser.

La carte de tiers payant peut également être consultée ou téléchargée par l'assuré sous format dématérialisé depuis son Espace client (accessible sur PC, tablette, smartphone ou application mobile).

Cette version dématérialisée étant le strict reflet des droits de l'assuré et de ses bénéficiaires au jour du téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

### 3.4.5. Contrôle médical

L'organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout bénéficiaire demandant des prestations au titre des garanties de son contrat, avant ou après le paiement des prestations.

L'organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si le bénéficiaire refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'organisme assureur, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, désigné par le président du tribunal compétent de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

## 4 - MAINTIEN DES GARANTIES

### 4.1. EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

#### 4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (en cas d'activité partielle, d'un congé de reclassement, de mobilité, etc) versé par le souscripteur,

ou

- en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie.

**Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.**

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

#### 4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré

En dehors des cas visés ci-dessus, les garanties ne sont pas maintenues. Elles sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, les assurés peuvent continuer à bénéficier des garanties lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour :

- congé parental d'éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé sabbatique,
- création d'entreprise.

Le souscripteur doit informer l'organisme assureur de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'assuré doit demander à l'organisme assureur le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

### 4.2. EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL (PORTABILITÉ)

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'assuré et ses ayants droits couverts au titre du contrat au moment de la cessation du contrat de travail bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties (portabilité).

Le souscripteur doit en aviser l'organisme assureur dans un délai de trente jours suivant la cessation du contrat de travail.

Il dure tant que l'indemnisation chômage est versée, et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, ou le cas échéant,

- des derniers contrats de travail consécutifs chez le souscripteur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le maintien des garanties cesse à la date de la :

- cessation du versement des allocations chômage par Pôle Emploi quelle qu'en soit la cause,
- liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire de l'ancien salarié,
- cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit,
- résiliation du contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

En cas de modifications du contrat d'assurance, celles-ci sont appliquées à l'ancien salarié et à ses ayants droit.

### 4.3. EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL : MAINTIEN INDIVIDUEL DES GARANTIES AUX ANCIENS SALARIÉS ET AYANTS DROIT DE SALARIÉS DÉCÉDÉS

Après rupture du contrat de travail d'un assuré, ce dernier bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi et ayant épuisé ses droits à la portabilité, peut demander :

- à bénéficier pour lui seul (à l'exclusion de ses ayants droit) du maintien des garanties figées à la date de rupture du contrat de travail avec des conditions tarifaires encadrées règlementairement en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin ») ;

ou

- à souscrire un contrat adapté à sa nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « Sortie de groupe »).

Au décès du salarié, ses ayants droit qui bénéficiaient des garanties du contrat du fait de son affiliation peuvent également demander à bénéficier d'un maintien desdites garanties (contrat loi « Évin ») ou à souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation (contrat « Sortie de groupe »).

Le choix effectué doit être adressé par écrit à l'organisme assureur.

#### 4.3.1. Modalités et prise d'effet du maintien des garanties

Le souscripteur doit informer l'organisme assureur dans un délai de trente jours :

- de la rupture du contrat de travail d'un salarié, pouvant prétendre au maintien individuel des garanties,

ou

- du décès d'un salarié dont les ayants droit peuvent prétendre au maintien.

La demande de souscription doit être faite dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme de la portabilité ou le décès du salarié.

Aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

Les garanties prendront effet le jour de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail ou du terme de la portabilité ou du décès du salarié.

#### 4.3.2. Garanties proposées dans le cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (contrat loi « Évin »)

Le maintien des garanties aux anciens salariés est viager.

Le maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé cesse, quant à lui, au terme d'une période de douze mois à compter du décès.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien des garanties.

Pour les ayants droit d'un assuré décédé ce maintien de douze mois est à titre gratuit.

#### 4.3.3. Garanties proposées hors du cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (« sortie de groupe »)

Le contrat qui sera proposé s'adaptera aux besoins de couverture de frais de santé et aux ressources :

- des anciens salariés et le cas échéant leur permettra de couvrir leurs ayants droit,
- des ayants droit d'un salarié décédé.

Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments. Pour les ayants droit d'un assuré décédé ce maintien est à titre gratuit pendant une durée de 12 mois.



## 5- COTISATIONS

### 5.1. MONTANT ET STRUCTURES DES COTISATIONS

#### 5.1.1. Assiette et montant

Quel que soit le contrat, les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle exprimée en euros.

Cette cotisation est fonction des garanties souscrites, des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la *Sécurité sociale* en vigueur.

#### 5.1.2. Structures des cotisations

##### 1. Dans le cadre du contrat « Socle »

Les cotisations sont structurées conformément au tableau ci-après. En cas d'évolution de la situation familiale de l'*assuré*, le nombre de bénéficiaire évolue sous réserve de la déclaration par l'*assuré* dans les conditions de l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation » et sous réserve que les *ayants droit* puissent bénéficier des garanties du contrat dans les conditions de l'article 3.2. « Prise d'effet et cessation des garanties ».

Structure de cotisations	Personnes assurées	Cotisations à payer
Salarié + enfant(s) à charge	Salarié + enfant(s) à charge	1 cotisation pour l'ensemble

##### 2. Dans le cadre « Extension conjoint »

Les cotisations sont structurées conformément au tableau ci-après

Structure de cotisations	Personnes assurées	Cotisations à payer
Conjoint	Conjoint	1 cotisation pour le conjoint

Dans le cadre du présent contrat : La part de cotisations correspondante est à la charge exclusive du salarié.

##### 3. Dans le cadre des contrats « Surcomplémentaire » et « Renfort hospitalisation »

Les cotisations sont structurées conformément au tableau ci-après. En cas d'évolution de la situation familiale de l'*assuré*, la cotisation évolue sous réserve de la déclaration par l'*assuré* dans les conditions de l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation » et sous réserve que les *ayants droit* puissent bénéficier des garanties du contrat dans les conditions de l'article 3.2. « Prise d'effet et cessation des garanties ».

Structure de cotisations	Personnes assurées	Cotisations à payer
Salarié + enfant(s) à charge	Salarié + enfant(s) à charge	1 cotisation pour l'ensemble
Conjoint	Conjoint	1 cotisation pour le conjoint

Dans le cadre des présents contrats :

Les *bénéficiaires* couverts sont strictement identiques à ceux couverts au titre des contrats « Socle » et « Extension conjoint », conformément aux articles 2.1.2. « Formalités d'affiliation » et 3.2. « Prise d'effet et cessation des garanties ».

La part de cotisations correspondante est à la charge exclusive du salarié.

### 5.2. MODALITÉS DE PAIEMENT

#### 5.2.1. Dans le cadre du contrat « Socle »

Le *souscripteur* est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

#### 5.2.2. Dans le cadre des contrats « Extension conjoint » et « Surcomplémentaire »

Au choix du *souscripteur* lors de la souscription des contrats à adhésion facultative, les cotisations sont acquittées par lui-même ou l'*assuré*.

##### 1. Par le souscripteur

Le *souscripteur* est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues, par précompte salarial.

##### 2. Par l'assuré

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables **par l'assuré**, mensuellement d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil, **par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement bancaire**.

L'*assuré* est le seul responsable du paiement des cotisations.

#### 5.2.3. Dans le cadre du contrat « Renfort hospitalisation »

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables **par l'assuré**, mensuellement d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil, **par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement bancaire**.

L'*assuré* est le seul responsable du paiement des cotisations.

#### 5.2.4. Dispositions communes

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, le *souscripteur* ou le cas échéant dans le cadre des contrats « Extension conjoint », « Surcomplémentaire » et « Renfort hospitalisation » l'*assuré*, ne sont redevables 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 dénonciation ou de la résiliation.

### 5.3. DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de 10 jours de son échéance mentionnée à l'article 5.2 « Modalités de paiement » et dans un délai de 10 jours suivant l'envoi de la proposition, l'*organisme assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'*assuré*.

Si le paiement n'intervient pas :

#### 5.3.1. Dans le cadre des contrats « Extension conjoint » et « Surcomplémentaire »

Lorsque l'appel des cotisations est fait auprès de l'*assuré* :

L'affiliation de l'*assuré* et celle du conjoint cesse 40 jours après l'envoi de la mise en demeure à l'*assuré*.

La cessation de l'affiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des *bénéficiaires* (*assuré* et *ayants droit*).

#### 5.3.2. Dans le cadre du contrat « Renfort hospitalisation »

L'affiliation de l'*assuré* et celle du conjoint cesse 40 jours après l'envoi de la mise en demeure à l'*assuré*.

La cessation de l'affiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des *bénéficiaires* (*assuré* et *ayants droit*).

#### 5.3.3. Dispositions communes

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de résiliation de cessation de l'affiliation des *assurés* ou du conjoint restent à payer. L'*organisme assureur* a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

## 6 - RÉFÉRENCES LÉGALES

### 6.1. FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations du *souscripteur* et de l'*assuré* servent de base à l'application des garanties.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et facultative :

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'*assuré* ou de la part du *souscripteur* de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'*organisme assureur*.

L'*organisme assureur* doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative :

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'*organisme assureur* peut :

- si elle est constatée avant tout *sinistre* : augmenter la cotisation ou résilier le contrat ;
- si elle est constatée après tout *sinistre* : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si l'*organisme assureur* avait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.

## 6.2. DÉCHÉANCE

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du *sinistre* concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de *sinistre* ou à l'occasion d'un *sinistre*, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du *sinistre*,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'*organisme assureur*.

## 6.3. PRESCRIPTION

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de 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 ignorée jusque-là.

Lorsque le *souscripteur*, l'*assuré* ou le bénéficiaire intente une action en justice à l'encontre de l'*organisme assureur* et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du *souscripteur*, de l'*assuré* ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou le bénéficiaire.

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 forcée 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 soit que l'*organisme assureur* adresse au *souscripteur* en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'*assuré* ou ses *ayants droit* adresse(nt) à l'*organisme assureur* en ce qui concerne le règlement de la prestation.

## 6.4. SUBROGATION

Lorsque l'*assuré* ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un *accident* susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son *organisme assureur*.

Lors de la demande de prestation suite à un dommage causé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* doit être informé par l'*assuré* ou ses *ayants-droit*.

## 6.5. RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute réclamation liée à l'application de la présente notice, 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 ou l'espace adhérents ou en envoyant un courrier postal 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, l'adhérent peut saisir le médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par la mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la mutuelle, en

écrivant au service de médiation indépendant.

Site du médiateur : <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

Soit par courrier à son adresse postale : CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 Saint-Chamond

## 6.6. JURIDICTION COMPÉTENTE

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

## 6.7. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le souscripteur, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit à la mutuelle pour permettre leur affiliation et les informera que la mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la mutuelle.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour (i) le recouvrement et le contentieux (ii) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii) le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (v) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

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 – par courrier à : Harmonie Mutuelle – Service DPO 29 quai François Mitterrand 44 273 Nantes cedex 2

par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr

Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

### 6.8. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'organisme assureur et l'assistant sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

## 7 - PIÈCES JUSTIFICATIVES

### 7.1. PIÈCES NÉCESSAIRES À L’AFFILIATION

#### 7.1.1. Dans le cadre du contrat « Socle »

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	<ul style="list-style-type: none"> <li>un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (NB. un seul RIB par famille).</li> </ul>
Ensemble des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>la photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale.</li> </ul>
Pour les enfants à charge qui ne fi-gurent pas sur votre attestation carte vitale :	<ul style="list-style-type: none"> <li>une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s) ; Le cas échéant, une copie : <ul style="list-style-type: none"> <li>du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année) ;</li> <li>du contrat d'apprentissage ou d'alternance ;</li> <li>de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.</li> </ul> </li> </ul>

#### 7.1.2. Dans le cadre des contrats « Extension conjoint », « Surcomplémentaire » et « Renfort hospitalisation »

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	<ul style="list-style-type: none"> <li>un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations y afférent (si ce mode de paiement est retenu par l'assuré).</li> </ul>
Ensemble des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>la photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale.</li> </ul>
Partenaires de pacs et concubins	<ul style="list-style-type: none"> <li>une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubins.</li> </ul>

### 7.2. PIÈCES NÉCESSAIRES AU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées dans le tableau ci-dessous.

Le délai de remboursement des prestations ne court qu'à compter de la réception complète des pièces qui auront été demandées par l'organisme assureur.

Toute somme versée à tort sera réclamée par l'organisme assureur.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Ces pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

#### ■ Pour la liquidation de certains actes complexes :

Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans

la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, l'organisme assureur appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans à compter de la date des soins, l'organisme assureur procédera à la régularisation à hauteur des garanties.

#### ■ Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

Si l'assuré ne transmet pas les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur avant ou après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. L'assuré devra restituer le montant des prestations indument versées.

Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir
Traitement par Noémie	
Hospitalisation	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Optique	Facture détaillée et acquittée Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien
Dentaire	Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	Facture détaillée et acquittée par l'assuré Le cas échéant, prescription médicale Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Maternité	Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	La copie du jugement d'adoption plénière

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état <sup>(1)</sup> dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADEL ou RPPS. <sup>(3)</sup>
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée et précisant le nom du produit

(1) Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

(2) Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : <http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search>

(3) RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

## PARTIE 2 – CONDITIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTÉ RESPONSABLES

Ces dispositions complètent la partie 1 des conditions générales communes aux contrats collectifs santé.

### 1 – NATURE DU CONTRAT

Les contrats « *Socle* », « *Extension conjoint* » et « *Surcomplémentaire* » avec les niveaux :

- base conventionnelle ;
- base conventionnelle + option 1 ;
- base conventionnelle + option 2 ;
- base conventionnelle + option 3.

sont qualifiés de « solidaires et responsables ».

Il est « **solidaire** » lorsque le montant des cotisations ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.

Il est « **responsable** » lorsqu'il respecte les conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la *sécurité sociale* et les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

En conséquence, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du *ticket modérateur* pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la *Sécurité sociale*, sauf pour :
  - les frais de cure thermique,
  - les médicaments dont la prise en charge par l'assurance *maladie* est fixée à 15 % ou 30 %,
  - les spécialités et les préparations homéopathiques,
- la participation forfaitaire pour les *actes* mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la *Sécurité sociale*,
- l'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique,
- les prestations 100 % SANTE précisées ci-dessous,
- l'intégralité du « forfait journalier hospitalier » des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la *Sécurité sociale*, sans limitation de durée,
- le *forfait patient urgence*.

Le contrat peut prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des *dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*. Dans ce cas :

- le remboursement est minoré de 20% de la base de remboursement du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des *dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*,
  - et
  - le remboursement est limité à 200 % de la base de remboursement.
- Dans le cadre du contrat « *Socle* », il prend en charge en plus des prestations prévues au contrat responsable, les remboursements suivants :

- au moins à 125 % de la base de remboursement de la *Sécurité sociale* pour les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale (pour les *actes* autres que ceux mentionnés à 5° de l'article R. 871-2. du Code de la *Sécurité sociale*),
- un montant minimum pour des équipements d'optique (verres et monture) de classe B (définie au paragraphe « Précisions sur l'application du 100 % Santé ») soumis au remboursement de la *Sécurité sociale*, dans la limite des frais engagés par l'assuré.

**La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.**

Par conséquent, les garanties du contrat respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge. **À ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % Santé en optique, dentaire et pour les aides auditives.**

Dans le cadre du 100 % Santé, le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et aide auditive sans *reste à charge*, c'est à dire à hauteur :

- des prix limites de vente,
- et
- des honoraires limites de facturation.

## 2 – PRÉCISIONS SUR L'APPLICATION DU 100 % SANTÉ

### 2.1. OPTIQUE

#### ■ Généralités

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont proposées :

- L'équipement optique de « **classe A** » est sans *reste à charge* pour l'assuré : il est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % Santé ».
- L'équipement optique de « **classe B** » : il est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

- soit deux verres de « **classe A** » et une monture de « **classe B** »,
- soit deux verres de « **classe B** » et une monture de « **classe A** ».

Le tableau de garanties mentionne un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.**

**Les verres neutres ne sont pas remboursés sauf condition d'appariage.** Il s'agit de verres sans correction (dioptrie égale à 0).

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis ci-dessous :

VERRES SIMPLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,</li> <li>• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à + 4,00 dioptries,</li> <li>• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.</li> </ul>
VERRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,</li> <li>• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,</li> <li>• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,</li> <li>• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,</li> <li>• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,</li> <li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,</li> <li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.</li> </ul>
VERRES TRES COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,</li> <li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,</li> <li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie*</li> <li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</li> </ul>

(\*) Sphère supérieure à une dioptrie de 1-8DI soit -9D

#### ■ Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est calculée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par la *Sécurité sociale* ou par l'organisme assureur, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	- 1 an suivant la dernière facturation - 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage



Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;</li> <li>- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;</li> <li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;</li> <li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) &gt; 4,00 dioptries.</li> </ul>	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne,</li> <li>- soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.</li> </ul>	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

## PARTIE 3 - CONDITIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTÉ NON RESPONSABLES

Ces dispositions complètent la partie 1 des conditions générales communes aux contrats collectifs santé.

### 1 - NATURE DU CONTRAT

Le contrat *surcomplémentaire* « renfort hospitalisation » souscrit est « solidaire et non responsable ».

Il est « **solidaire** » lorsque le montant des cotisations ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.

Il est « **non-responsable** » lorsqu'il ne respecte pas les obligations du cahier des charges "contrat responsable", prévues aux articles L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

### 2.2. DENTAIRE

Trois paniers de soins prothétiques sont définis ci-dessous :

- Un panier « **100 % Santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) : il est remboursé sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation ». Ces derniers s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés** : il est remboursé sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation » et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres** : il permet de choisir librement les techniques et les matériaux. Il est remboursé dans la limite des garanties prévues au contrat.

### 2.3. AIDE AUDITIVE

Deux classes d'équipement auditif sont définies ci-dessous :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans *reste à charge* : il est remboursé sans pouvoir dépasser les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % Santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : il est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond :
  - n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le *ticket modérateur* des consommables, des piles ou des accessoires.
  - inclut la prise en charge du *ticket modérateur* ainsi que la part prise en charge par la *Sécurité sociale*.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant sa date de facturation, et qui a fait l'objet d'une prise en charge par la *Sécurité sociale* ou par l'*organisme assureur*. Le délai court indépendamment pour l'équipement de chaque oreille.

## 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 :



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.



4020A-0723\_CSDC Version 012023 - Studio graphique  Quintessence



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

**AVANÇONS collectif**