

Établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat

RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ EEP SANTÉ

Notice d'information
Ensemble du personnel salarié

Accord Collectif Frais de Santé du 31 janvier 2022
Avenant n°1 du 4 novembre 2022
Avenant n°2 du 27 novembre 2023

Les dispositions de la présente Notice
s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2024



Notice – EEP SANTE 03-2024



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

Sommaire

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 2024	3
ÉTENDUE DES GARANTIES	13
EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS	14
TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	31
ARTICLE 1 - OBJET	31
ARTICLE 2 - ADHÉSION	31
ARTICLE 3 - DURÉE DU CONTRAT – RÉSILIATION	31
ARTICLE 4 - MODALITÉS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	32
ARTICLE 5 - PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES	32
ARTICLE 6 - MAINTIENS DES GARANTIES	33
ARTICLE 7 - PAIEMENT DES COTISATIONS	36
ARTICLE 8 - PRESTATIONS	37
ARTICLE 9 - PRESTATIONS PRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ	37
ARTICLE 10 - PRESCRIPTION	37
ARTICLE 11 - FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE	38
ARTICLE 12 - ÉLECTION DE DOMICILE	38
ARTICLE 13 - FONDS SOCIAL	38
ARTICLE 14 - ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES	38
ARTICLE 15 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	38
ARTICLE 16 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	39
ARTICLE 17 - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	39
TITRE II - GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	40
ARTICLE 18 - OBJET DE LA GARANTIE	40
ARTICLE 19 - BÉNÉFICIAIRES	40
ARTICLE 20 - ADHÉSION AU RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE	40
ARTICLE 21 - CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE	40
ARTICLE 22 - RÉSILIATION DES OPTIONS	40
ARTICLE 23 - CHANGEMENT DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE	40
ARTICLE 24 - SUBROGATION	41
ARTICLE 25 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION - EXCLUSIONS	41
ARTICLE 26 - LE CONTRAT RESPONSABLE	41
ARTICLE 27 - COUVERTURE	41
ARTICLE 28 - DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE	41
ARTICLE 29 - PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	42
ARTICLE 30 - LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS	42
ARTICLE 31 - DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	43
ARTICLE 32 - DÉCHÉANCE	43
ANNEXE 1 – GARANTIES ET SERVICES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES	44
DOCUMENT À REMETTRE À VOTRE CHEF D’ÉTABLISSEMENT	45

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 2024

Sont présentés ci-après les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du **RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE** et des **OPTIONS 1, 2 ou 3 RESPONSABLES**.

Ils viennent compléter ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Pour les garanties prises en charge par la Sécurité sociale, le remboursement ne peut être inférieur à 100% TM.

Tous les actes pratiqués en secteur non conventionné sont indemnisés sur la base du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsable

HOSPITALISATION (Y COMPRIS FRAIS DE MATERNITÉ)				
Frais de séjour	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Honoraires				
Médecins adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Forfait actes lourds	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait patient urgences	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière, y compris maternité (par jour)	-	1,5 % PMSS ¹	2,5 % PMSS ¹	3,5 % PMSS ¹
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	-	1 % PMSS ¹	2 % PMSS ¹	2 % PMSS ¹
¹ PMSS en vigueur au 1er jour de l'hospitalisation				
MATERNITÉ				
Forfait maternité Montant par enfant (y compris en cas d'adoption)	5 % PMSS ²	10 % PMSS ²	15 % PMSS ²	20 % PMSS ²
² PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption				
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% Santé *	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF			
Soins (Hors 100% Santé)				
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 euros / an / bénéficiaire	200 euros/ an / bénéficiaire	400 euros / an / bénéficiaire
Prothèses (Hors 100% Santé)				
Panier Maitrisé **				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
	dans la limite de 100% HLF-MR			
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100 % TM + 200% BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
	dans la limite de 100% HLF-MR			
Inlay Core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR
	dans la limite de 100% HLF-MR			
Inlays onlays d'obturation	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
	dans la limite des HLF	dans la limite de 100% HLF-MR		

MONTANT DES PRESTATIONS			
Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3

Responsable

Panier Libre ***				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Inlays Core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR
Inlays onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 350 % BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Implantologie dentaire				
Par implant	-	100 euros	450 euros	800 euros

*Soins et prothèses 100% Santé

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Honoraires Limite de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

** Panier Maîtrisé

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

*** Panier Libre

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale.

MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsable

SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultation - Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Téléconsultation médicale - Prise en charge au titre des honoraires médicaux	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Imagerie médicale				
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Honoraires paramédicaux				
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Médicaments				
Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	100 euros par an et par bénéficiaire	100 euros par an et par bénéficiaire
Vaccins				
Vaccin contre la grippe saisonnière, non remboursé par la Sécurité sociale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Autres vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non pris en charge par la Sécurité sociale)	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire

MONTANT DES PRESTATIONS			
Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3

Responsable

Matériel Médical				
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses (hors postes prothèses dentaires, auditives et optiques), pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES				
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	50 euros	50 euros	50 euros	50 euros
	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séances	3 séances	4 séances	5 séances
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI, RPPS ou FINESS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.), un ostéopathe ou un psychologue.				
AIDES AUDITIVES				
Équipements 100% Santé * Classe 1	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV			
Équipements à tarifs libres Classe 2				
Adultes- bénéficiaires de 21 ans ou plus	600 euros - MR	600 euros - MR	700 euros - MR	700 euros - MR
Enfants - bénéficiaires de moins de 21 ans ou personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	1600 euros - MR	1600 euros - MR	1700 euros - MR	1700 euros - MR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

* Equipements 100% Santé

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsable

PRÉVENTION				
1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010); • Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; • Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; • Audiométrie tonale et vocale (CDQP012); • Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002). 	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> • Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; • Coqueluche : avant 14 ans ; • Hépatite B : avant 14 ans ; • BCG : avant 6 ans ; • Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; • Haemophilus influenzae B ; • Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques 	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

MONTANT DES PRESTATIONS			
Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3

Responsable

OPTIQUE						
Verres et monture						
Equipements 100% Santé Classe A (*) (***)			100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV			
Prestation d'appariage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)						
Supplément pour verres avec filtres de classe A						
Equipements libres – Classe B (**) (***)						
Grille optique – Verres et monture à tarifs libres						
Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre	SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant par verre			
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à + 6 ^(a)	60 euros -MR	80 euros -MR	90 euros -MR	110 euros -MR
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à + 4	70 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR
		SPH > à 0 et S < ou = à + 6	70 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 6	75 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR
		SPH < à - 6 et CYL > ou = à + 0,25	80 euros -MR	100 euros -MR	110 euros -MR	130 euros -MR
	SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	100 euros -MR	120 euros -MR	130 euros -MR	150 euros -MR	
Progressif et Multifocal	Sphérique	SPH de -4 à + 4	130 euros -MR	150 euros -MR	190 euros -MR	210 euros -MR
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 euros -MR	170 euros -MR	210 euros -MR	230 euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à + 4	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH > 0 et S < ou = à + 8	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 8	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR
	SPH < à - 8 et CYL > ou = à + 0,25	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR	
Monture			50 euros - MR	75 euros - MR	100 euros - MR	100 euros - MR

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

(*) Equipements 100% Santé – Classe A :

Equipements 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 soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Equipements libres – Classe B :

Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

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

(***) 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 à l'alinéa précédent 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire. 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. Dans ce cas, 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.

MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsable

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'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 des verres de classe A ou B	100 % TM, dans la limite des PLV - MR	100 % TM, dans la limite des PLV - MR	100 % TM, dans la limite des PLV - MR	100 % TM, dans la limite des PLV - MR
Supplément pour verres avec filtres de classe B				
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséïconiques)	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
AUTRES POSTES OPTIQUE				
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	2 % PMSS ³	3 % PMSS ³	5 % PMSS ³	8 % PMSS ³
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
La chirurgie réfractive, par œil	-	10 % PMSS ⁴	25 % PMSS ⁴	25 % PMSS ⁴
³ PMSS en vigueur au jour de la dépense				
⁴ PMSS en vigueur au jour de l'intervention				
AUTRES POSTES				
Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Cures Thermales	100 % TM + 50 % BR			
+ Forfait par bénéficiaire	-	5 % PMSS ⁵	10 % PMSS ⁵	15 % PMSS ⁵
⁵ PMSS en vigueur au 1er jour de la cure				

POUR MIEUX COMPRENDRE LES GARANTIES

DPTM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.

FR-MR = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

EUROS - MR = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

SECURITE SOCIALE = il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

HLF = Les Honoraires Limites de Facturation correspondent au prix maximum de vente à l'assuré social. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le Code de la Sécurité sociale. Ils sont fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité sociale.

ÉTENDUE DES GARANTIES

(Dans la limite des garanties présentes et définies au tableau des garanties assurées)

HOSPITALISATION

Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, sont également pris en charge :

- les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile,
- l'hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale de moins de 24 heures,
- l'intervention chirurgicale sans hospitalisation.

Les frais de séjour comprennent les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques.

L'hospitalisation comprend également la maternité; les frais, y compris les dépassements d'honoraires sont pris en charge au 1er jour d'hospitalisation,

MATERNITÉ

Les frais de maternité, inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance, et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à un forfait . Ce forfait est versé par enfant et concerne également l'adoption plénière.

AIDES AUDITIVES

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

CURES THERMALES

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité sociale et tout autre organisme. La durée de prise en charge est identique à celle de la Sécurité sociale française.

OPTIQUE

Définition des lentilles correctrices : Les lentilles de contact sont des verres correcteurs qui, posés sur la cornée, corrigent la vue du bénéficiaire de manière instantanée. Toute lentille ne permettant pas de correction optique instantanée ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce contrat. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que dans certains cas spécifiques.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

SOCLE RÉGIME GÉNÉRAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	Selon les frais engagés
Séjour avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	14,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	109,79 €
Séjour sans actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de + de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	21,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	41,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	43,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

SOCLE RÉGIME GÉNÉRAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	288,00 €	194,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	311,00 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	59,97 € par verre + 49,97 €	186,00 €
Ex : verres progressifs et monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	129,97 € par verre + 49,97 €	310,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	77,28 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	Selon les frais engagés
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	360,00 €	965,00 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

SOCLE RÉGIME LOCAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	Selon les frais engagés
Séjour avec actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.						
Frais de séjour	Différent selon public /privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	135,85 €	14,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	81,51 €	109,79 €
Séjour sans actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.						
Frais de séjour	Différent selon public /privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	20% BR	10 % BR	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de + de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	5,30 €	2,65 €	1,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	6,70 €	3,35 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	6,30 €	3,15 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	20% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	6,70 €	3,35 €	15,50 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	6,30 €	3,15 €	21,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	20% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	4,60 €	2,30 €	41,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	4,60 €	2,30 €	43,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	7,32 €	2,44 €	1,59 €

SOCLE RÉGIME LOCAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	392,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	252,00 €	194,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	193,50 €	311,00 €
OPTIQUE						
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	3,83 € par verre + 2,70 €	31,02 € par verre + 21,90 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,40 €	8,1 € par verre + 2,70 €	65,7 € par verre + 21,90 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	59,99 € par verre + 49,99 €	186,00 €
Ex : verres progressifs et monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	129,99 € par verre + 49,99 €	310,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	77,28 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	Selon les frais engagés
AIDES AUDITIVES						
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120 €	590,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	120 €	240,00 €	965,00 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

SOCLE + OPTION 1 RÉGIME GÉNÉRAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	57,96 €	Selon les frais engagés
Séjour avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	14,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	109,79 €
Séjour sans actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de + de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	28,35 €	2,60 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	16,10 €	31,80 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	16,10 €	33,80 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

SOCLE + OPTION 1 RÉGIME GÉNÉRAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	378,00 €	104,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	214,25 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,40 €	73,8 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	79,97 € par verre + 74,97 €	121,00 €
Ex : verres progressifs et monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	149,97 € par verre + 74,97 €	245,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	115,92 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	386,40 €	Selon les frais engagés
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	360,00 €	965,00 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

SOCLE + OPTION 1 RÉGIME LOCAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	57,96 €	Selon les frais engagés
Séjour avec actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.						
Frais de séjour	Différent selon public /privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	135,85 €	14,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	81,51 €	109,79 €
Séjour sans actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.						
Frais de séjour	Différent selon public /privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	20 % BR	10 % BR	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de + de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	5,30 €	2,65 €	1,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	6,70 €	3,35 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	6,30 €	3,15 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	20 % BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	6,70 €	18,85 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	6,30 €	22,05 €	2,60 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	20 % BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	4,60 €	11,50 €	31,80 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	4,60 €	11,50 €	33,80 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	30 % BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	7,32 €	4,03 €	0,00 €

SOCLE + OPTION 1 RÉGIME LOCAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	392,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	342,00 €	104,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	290,25 €	214,25 €
OPTIQUE						
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	3,83 € par verre + 2,70 €	31,02 € par verre + 21,90 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,40 €	8,1 € par verre + 2,70 €	65,7 € par verre + 21,90 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si pré- vu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	79,99 € par verre + 74,99 €	121,00 €
Ex : verres progressifs et monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	149,99 € par verre + 74,99 €	245,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	115,92 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	386,40 €	Selon les frais engagés
AIDES AUDITIVES						
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120 €	590,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépas- sements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	120 €	240,00 €	965,00 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

SOCLE + OPTION 2 RÉGIME GÉNÉRAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	96,60 €	Selon les frais engagés
Séjour avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €
Séjour sans actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de + de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	25,30 €	22,60 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	25,30 €	24,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

SOCLE + OPTION 2 RÉGIME GÉNÉRAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	408,00 €	74,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	117,50 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	89,97 € par verre + 99,97 €	76,00 €
Ex : verres progressifs et monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	189,97 € par verre + 99,97 €	140,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	193,20 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	966,00 €	Selon les frais engagés
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	460,00 €	865,00 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

SOCLE + OPTION 2 RÉGIME LOCAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	96,60 €	Selon les frais engagés
Séjour avec actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.						
Frais de séjour	Différent selon public /privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	191,30 €	0,00 €
Séjour sans actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.						
Frais de séjour	Différent selon public /privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	20 % BR	10 % BR	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de + de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	5,30 €	2,65 €	1,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	6,70 €	3,35 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	6,30 €	3,15 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	20 % BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	6,70 €	18,85 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	6,30 €	23,65 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	20 % BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	4,60 €	20,70 €	22,60 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	4,60 €	20,70 €	24,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	30 % BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	7,32 €	4,03 €	0,00 €

SOCLE + OPTION 2 RÉGIME LOCAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	392,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	372,00 €	74,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	387,00 €	117,50 €
OPTIQUE						
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	3,83 € par verre + 2,70 €	31,02 € par verre + 21,90 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	8,10 € par verre + 2,70 €	65,70 € par verre + 21,90 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si pré- vu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	89,99 € par verre + 99,99 €	76,00 €
Ex : verres progressifs et monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	189,99 € par verre + 99,99 €	140,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	193,20 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	966,00 €	Selon les frais engagés
AIDES AUDITIVES						
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120 €	590,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépas- sements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	120 €	340,00 €	865,00 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

SOCLE + OPTION 3 RÉGIME GÉNÉRAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	135,24 €	Selon les frais engagés
Séjour avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €
Séjour sans actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de + de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	18,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	29,90 €	20,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

SOCLE + OPTION 3 RÉGIME GÉNÉRAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	468,00 €	14,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	504,50 €	0,00 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	106,97 € par verre + 99,97 €	42,00 €
Ex : verres progressifs et monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	209,97 € par verre + 99,97 €	100,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	309,12 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	966,00 €	Selon les frais engagés
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	460,00 €	865,00 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

SOCLE + OPTION 3 RÉGIME LOCAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	135,24 €	Selon les frais engagés
Séjour avec actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.						
Frais de séjour	Différent selon public /privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	191,30 €	0,00 €
Séjour sans actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.						
Frais de séjour	Différent selon public /privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	20 % BR	10 % BR	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de + de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	5,30 €	2,65 €	1,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	6,70 €	3,35 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	6,30 €	3,15 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	20 % BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	5,35 €	20,20 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	6,30 €	23,65 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	20 % BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	4,60 €	25,30 €	18,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	4,60 €	25,30 €	20,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	30 % BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	7,32 €	4,03 €	0,00 €

SOCLE + OPTION 3 RÉGIME LOCAL	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	392,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	36,00 €	432,00 €	14,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	0,00 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	504,50 €	0,00 €
OPTIQUE						
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	3,83 € par verre + 2,70 €	31,02 € par verre + 21,90 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	8,10 € par verre + 2,70 €	65,70 € par verre + 21,90 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements si pré- vu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	106,99 € par verre + 99,99 €	42,00 €
Ex : verres progressifs et monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	209,99 € par verre + 99,99 €	100,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	309,12 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	966,00 €	Selon les frais engagés
AIDES AUDITIVES						
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120 €	590,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR	10 % BR + dépas- sements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	120 €	340,00 €	865,00 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

DÉFINITIONS

Adhérent	Il s'agit de l'employeur, personne morale ou physique qui souscrit le contrat auprès de l'un des organismes assureurs recommandés, au profit de son personnel défini ci-après.
Participant ou membre participant	Il s'agit du (ou des) salarié(s) assuré(s).
Bénéficiaire	Il s'agit de la personne couverte par le contrat d'assurance collective souscrit par l'établissement et négocié par les partenaires sociaux pour la mise en oeuvre de l'accord collectif du 31 janvier 2022.
Garantie	Il s'agit de l'engagement de l'organisme recommandé, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance.
Organisme(s) recommandé(s)	Il s'agit des assureurs, société d'assurance, mutuelle ou institution de prévoyance garantissant les prestations, recommandés par l'accord collectif du 31 janvier 2022.
Prestation	Il s'agit de l'exécution de la garantie par l'organisme assureur recommandé ayant recueilli le contrat de l'adhérent. Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, ainsi les remboursements ou indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.
Sécurité sociale	Il s'agit de l'organisme gestionnaire d'un régime socle de Sécurité sociale (Régime Général, Régime Alsace Moselle, Mutualité Sociale Agricole).
Contrat d'adhésion	Le contrat d'adhésion est formé du bulletin d'adhésion et des conditions générales.

TITRE I

» DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 » OBJET

Le contrat a pour objet la mise en œuvre des garanties frais de santé de l'ensemble du personnel salarié des établissements d'enseignement privés sous contrat entrant dans le champ d'application de l'accord collectif frais de santé du 31 janvier 2022 modifié par l'avenant n° 1 du 4 novembre 2022 et par l'avenant n° 2 du 27 novembre 2023.

Le présent **Titre I « dispositions générales »** fixe les conditions dans lesquelles l'organisme recommandé assure au participant et à ses ayants droit, conformément à l'accord collectif et en contrepartie des cotisations, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Les prestations garanties sont précisées en **page 3** de la présente notice.

Le contrat se compose :

- d'un régime socle à adhésion obligatoire pour le participant et à adhésion facultative pour ses ayants droit,
- d'un régime option 1 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit,
- d'un régime option 2 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit,
- d'un régime option 3 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit.

L'établissement a la possibilité de rendre obligatoire l'une de ces options pour le participant en lieu et place du socle, en indiquant ce choix lors de l'adhésion.

ARTICLE 2 » ADHÉSION

L'établissement qui souhaite adhérer à l'organisme recommandé, remplit et signe un bulletin d'adhésion.

L'établissement représenté par le chef d'établissement, par toute personne dûment habilitée ou par une personne morale, qui adhère à l'organisme recommandé pour ses salariés, est désigné sous le terme « adhérent » .

Le salarié assuré sera désigné sous les termes « participant » ou « membre participant ».

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'organisme recommandé résulte de la signature du bulletin d'adhésion par les deux parties.

La signature du bulletin d'adhésion par l'organisme recommandé vaut acceptation du risque et forme ainsi, avec les conditions générales, le contrat d'adhésion, sous réserve que ce dernier soit retourné signé par l'adhérent dans les trente jours suivant la date d'effet du bulletin d'adhésion.

L'organisme recommandé met à disposition de l'adhérent ses statuts afin notamment de l'informer des modalités de la participation de l'adhérent et des participants à la gouvernance de l'organisme assureur.

Les garanties de l'adhérent pour le régime socle à adhésion obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire) s'appliquent à l'ensemble des salariés appelés à bénéficier du régime.

L'organisme recommandé notifiera à l'adhérent les éventuelles modifications du régime, issues d'un avenant à l'accord du 31 janvier 2022, ou issues de l'évolution législative et réglementaire, par l'envoi d'un avenant au contrat d'assurance.

ARTICLE 3 » DURÉE DU CONTRAT - RÉSILIATION

3.1 Durée du contrat

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion et expire au 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque exercice civil.

3.2 Résiliation de l'adhésion

L'adhésion peut être résiliée à l'initiative de l'adhérent :

- à l'échéance annuelle de son renouvellement, en notifiant la résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai,
- à tout moment sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de résiliation.

La demande de résiliation peut, au choix, nous être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale, le Code des Assurances et le Code de la Mutualité :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Harmonie Mutuelle,
- par voie électronique,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Par ailleurs, le nouvel assureur peut être mandaté pour notifier la demande de résiliation par lettre recommandée papier ou électronique et pour accomplir les formalités nécessaires à la continuité des couvertures.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues à l'Article 7.

Si la résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance. Le nouvel organisme assureur s'assure de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

L'adhésion prend fin lorsque le groupe assuré a disparu.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de garantie sont cependant prévus dans les conditions fixées à l'Article 6.

Sortie du champ d'application de l'accord collectif

L'adhérent, le cas échéant l'établissement l'ayant absorbée, doit informer par écrit sans délai l'organisme recommandé de tout changement d'activité ayant pour conséquence de le placer en dehors du champ d'application de l'accord collectif (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités).

Cette situation entraîne de plein droit la résiliation du contrat à la date de sortie du champ d'application de l'accord collectif.

3.3 Résiliation du contrat d'assurance collective

La résiliation du contrat d'assurance collective dénommé convention d'assurance, souscrit par les signataires de l'accord entraînera résiliation de toutes les adhésions audit contrat.

3.4 Information des participants

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, l'adhérent s'engage à informer l'ensemble des salariés ou anciens salariés assurés de la cessation des garanties.

Ceux-ci peuvent souscrire un contrat à titre individuel, parmi l'offre frais de santé de l'organisme recommandé.

ARTICLE 4 » MODALITÉS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sont couverts comme participants au titre du contrat souscrit par l'adhérent et des extensions facultatives choisies par chaque salarié, l'ensemble des salariés de l'adhérent :

- sous contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période :
 - d'un maintien de salaire, total ou partiel,
 - d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de Sécurité sociale (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l'Article 5.3 (et sauf application de l'Article 6.4.2), notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé de solidarité familiale, congé pour projet de transition professionnelle, périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité, détention pénitentiaire),
 - d'un revenu de remplacement versé par l'adhérent (pour les salariés notamment placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art.53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020).
- affilié à la Sécurité sociale.

L'adhérent s'engage à affilier au titre du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire) tous les salariés présents et futurs des établissements visés en préambule.

Toutefois, conformément à l'Article 3.3 – **Dispenses d'adhésion**– de l'accord collectif, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer au régime frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'adhérent.

À défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au régime frais de santé souscrit à titre obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion et celle de leurs ayants-droit, à la couverture du socle obligatoire et éventuellement à une de ses options; l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

ARTICLE 5 » PRISE D'EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

5.1 Prise d'effet des garanties

Pour les participants répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'Article 4 :

- Les garanties du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire) prennent effet :
 - à la date d'effet de l'adhésion pour tous les participants présents à cette date, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'accord collectif,
 - à la date d'embauche pour tout nouvel entrant au sein des effectifs de l'adhérent, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'accord collectif,
 - au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense,
 - au premier janvier suivant pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation.
- Les garanties du régime optionnel (1, 2 ou 3) prennent effet :
 - à la date à laquelle le participant bénéficie du régime socle obligatoire s'il choisit d'adhérer au régime optionnel à cette date,
 - à défaut, si le participant choisit d'adhérer au régime optionnel postérieurement à son affiliation obligatoire au régime socle, au 1er janvier suivant la réception de la demande du participant,
 - ou, en cas de changement de situation de famille dûment justifié, l'adhésion au régime optionnel prend effet au 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande. On entend par changement de situation de famille : le mariage, la signature d'un PACS, le concubinage, la séparation, le divorce, l'arrivée ou le départ d'un enfant à charge ou le décès d'un ayant droit.

Pour les ayants droit

En cas d'extension des garanties aux ayants droit, ces derniers bénéficient du même niveau de garanties que le participant :

- au plus tôt à la même date d'affiliation que le participant,
- à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'affiliation.

Cette affiliation facultative est renouvelable le premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

5.2 Cessation des garanties

Pour le participant

Les garanties du présent contrat cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion, ou de la convention d'assurance collective souscrite par les signataires de l'accord du 31 janvier 2022,
- à la date de fin du contrat de travail du participant ou de la sortie du participant de la catégorie de personnel visée sous réserve des dispositions prévues à l'**Article 6**,
- à la date de suspension du contrat de travail du participant sans maintien de rémunération totale ou partielle ou revenu de remplacement versé par l'adhérent ou encore d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de Sécurité sociale sous réserve des dispositions prévues à l'**Article 6**,
- à la date de départ en retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'adhérent, sous réserve des dispositions prévues à l'**Article 6**,
- lorsque le participant peut se dispenser d'adhésion conformément aux dispenses applicables, à condition qu'il en fasse la demande expresse selon les modalités de dispenses d'adhésion.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des ayants droit.

Pour les ayants droit

En dehors du cas de la radiation du participant, les garanties cessent :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande écrite de radiation parvienne à l'organisme recommandé au plus tard le 31 octobre,
- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions prévues à l'**Article 19** pour être bénéficiaires,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions règlementaires en vigueur.

Cette radiation est irrévocable pendant 2 ans.

5.3 Suspension des garanties

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu-sans versement de revenu de remplacement par l'employeur- pour les raisons suivantes notamment :

- congé sabbatique visé à l'article L3142-28 et suivants du Code du Travail ;

- congé pour création d'entreprise visé à l'article L3142-105 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L1225-47 du Code du Travail ;
- congé de solidarité familiale visé à l'article L3142-6 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour projet de transition professionnelle visé aux articles D6323-9 et suivants du Code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- détention pénitentiaire.

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail, à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme recommandé en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné.

Le participant peut toutefois obtenir le maintien des garanties dans les conditions prévues à l'Article 6.4.

ARTICLE 6 » MAINTIENS DES GARANTIES

6.1 Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale (PORTABILITE DES DROITS).

La couverture est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire santé n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation ou de la rupture de son contrat de travail.

S'ils bénéficiaient du contrat, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

6.1.1 Prise d'effet et durée du maintien

L'ensemble des garanties du contrat sera maintenu, à compter du lendemain du jour de la cessation ou de la rupture du contrat de travail, pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, telle que déclarée par l'adhérent, est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

6.1.2 Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des événements suivants :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien »,
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- à la date de résiliation du contrat d'assurance collective ou de l'adhésion.

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989. L'organisme recommandé adresse une proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés dans un délai de 2 mois à compter de la fin de la période de portabilité.

6.1.3 Modalités du maintien des garanties

L'adhérent doit informer l'organisme recommandé de toute cessation de contrat de travail ouvrant droit au dispositif et notamment adresser la demande nominative de maintien des garanties de l'ancien salarié dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'adhérent d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'organisme recommandé conditionne le versement des prestations, notamment, à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à la date du sinistre. L'ancien salarié en situation d'être pris en charge par le régime d'assurance chômage, mais qui ne perçoit pas ou plus d'allocations chômage à cette date parce qu'il bénéficie d'un congé maternité ou d'un arrêt de travail à la date du sinistre, devra fournir les justificatifs correspondants.

Le participant s'engage à fournir à l'organisme recommandé :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- l'attestation de paiement des allocations Chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié s'engage à informer l'organisme recommandé de toute cause entraînant la cessation anticipée du maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

A défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Cette durée pourra être prolongée à la demande du participant sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme recommandé les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations perçues indument pourra être mise en oeuvre.

6.1.4 Cotisations

Au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le maintien de garantie est financé par la cotisation des salariés actifs.

6.2 Maintien des garanties au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé

Les garanties peuvent être maintenues aux ayants droit de participant décédé pendant douze mois maximum à compter de la date de décès du participant, sous réserve :

- qu'ils soient inscrits au contrat à la date du décès du participant,
- que les demandes individuelles d'affiliation, soient adressées à l'organisme recommandé dans les six mois suivant le décès ; LE DÉPASSEMENT DE CE DÉLAI ENTRAÎNE FORCLUSION DÉFINITIVE.

A condition d'en avoir été informé par l'adhérent, l'organisme recommandé adresse une proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré dans les 2 mois suivants le décès.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du participant, les enfants nés moins de 300 jours après le décès du participant.

Le maintien de l'assurance cesse en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

Ce maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

6.3 Maintien à l'identique de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles Article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 élargi au bénéfice des ayants droit

Les personnes suivantes peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'une adhésion facultative :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à l'**Article 6.1** ci-dessus.
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à l'**Article 6.1** ci-dessus.
- les personnes garanties du chef du participant décédé, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin du maintien prévu à l'**Article 6.2** ci-dessus.

6.3.1 Modalité d'adhésion

A condition que l'organisme recommandé en ait été informé par l'adhérent, il adresse une proposition de maintien de la couverture aux intéressés dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à l'**Article 6.1** ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre du décès du participant telle que prévue à l'**Article 6.2**.

La proposition est adressée dans les meilleurs délais en cas de demande des ex salariés ou ayants droit bénéficiaires de ce dispositif.

En application de l'article 4 de la loi du n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « loi Evin »), l'assureur devra proposer une couverture identique à celle dont bénéficiait le salarié. Au cas où l'intéressé souhaiterait souscrire des garanties différentes de celles proposées par l'organisme assureur, il pourra proposer un autre contrat d'accueil.

L'adhésion de l'ancien salarié ou des personnes garanties du chef du salarié décédé est subordonnée au paiement de la cotisation correspondante et à la signature du bulletin individuel d'affiliation spécifique aux maintiens qui lui est remis par l'adhérent ou par l'organisme recommandé.

Le participant ainsi que ses ayants droit sont couverts au niveau des garanties dont ils bénéficiaient lorsque le salarié était en activité.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du participant, les enfants nés moins de 300 jours après le décès du participant.

Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

6.3.2 Modalités de changement de niveau de couverture optionnelle

Les anciens salariés et les personnes garanties du chef du participant décédé ont la possibilité de changer de niveau de couverture dans les mêmes conditions que les salariés en activité, selon les modalités prévues à l'**Article 23**.

6.3.3 Prise d'effet des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations, la garantie prend effet au lendemain de leur demande et au plus tôt :

- le lendemain de la rupture du contrat de travail de l'ancien membre participant, ou le cas échéant au terme du maintien des garanties prévues à l'**Article 6.1**,
- au terme du maintien des garanties prévu à l'**Article 6.2** ci-dessus pour les personnes garanties du chef du participant décédé.

6.3.4 Cotisations

Les cotisations sont indiquées sur le bulletin individuel d'affiliation. Elles sont payables par le participant, mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil, selon les conditions définies à l'**Article 7** et sur le bulletin individuel d'adhésion.

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour ses ayants droit.

A ce titre, le participant remet notamment un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Les dispositions ci-dessus (modalités de paiement) s'appliquent pour les personnes garanties du chef du participant décédé, dans les mêmes termes.

6.3.5 Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant (ou aux personnes garanties du chef du participant décédé) l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations

éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant (ou les personnes garanties du chef du participant décédé) paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

6.3.6 Cessation des garanties

Le maintien de garanties cesse pour chaque participant (ou personnes garanties du chef de l'assuré décédé) :

- **en cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu ci-dessus,**
- **à la date de résiliation de l'adhésion par le participant au moins deux mois avant la fin de l'année civile ou,**
- **à tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.**

Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de résiliation.

La demande de résiliation peut, au choix, nous être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale, le Code des Assurances et le Code de la Mutualité :

- **par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Harmonie Mutuelle,**
- **par voie électronique,**
- **par tout autre support durable,**
- **par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,**
- **par acte extrajudiciaire,**
- **lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.**

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions prévues à l'Article 6.3.5.

Si la résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance. Le nouvel organisme assureur s'assure de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

La dénonciation de l'adhésion est définitive tant pour le participant que pour ses ayants droit.

- **et en tout état de cause, en cas de résiliation des Conditions Générales.**

Dans cette éventualité, la Commission Paritaire Nationale EEP Santé et l'organisme assureur pourront, à la demande des partenaires sociaux, convenir des modalités de transfert des personnes garanties au titre du présent article.

Seuls les frais médicaux dont la date de soins figure sur le décompte de la Sécurité sociale, et qui sont antérieurs à la date de la cessation des garanties pourront donner lieu à prise en charge.

6.3.7 Assurance individuelle

Si l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989, il peut souscrire une des formules d'assurance à adhésion individuelle dans les conditions proposées par l'organisme recommandé.

Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical au profit des participants concernés lorsqu'elles sont au plus équivalentes au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

Les cotisations sont fixées par l'organisme recommandé en fonction des garanties proposées.

6.4 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail et en situation d'activité partielle

6.4.1 Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Le bénéfice du contrat (le socle obligatoire et, le cas échéant le régime optionnel) est maintenu au profit des participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement, en cas de maintien de salaire total ou partiel ou par le versement d'un revenu de remplacement ou par la perception d'indemnités journalières ou rente d'invalidité de la Sécurité sociale et/ou d'indemnités journalières complémentaires.

Il est également maintenu à titre obligatoire dans la situation d'un salarié placé en activité partielle au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art. 53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié, bénéficiaires dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, d'une des couvertures optionnelles.

Il s'effectue moyennant paiement des cotisations correspondantes (y compris le cas échéant les cotisations afférentes à la couverture optionnelle) prévues à l'Article 7 (sauf exonération prévue par ce même article) calculées selon les mêmes règles que pour le personnel en activité.

6.4.2 Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Par dérogation à l'Article 5.3, les participants dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune rémunération ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus ont la possibilité de demander le maintien des garanties.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du participant.

À défaut de paiement des cotisations, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 7 » PAIEMENT DES COTISATIONS

7.1 Pour l'adhérent au titre du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire)

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les vingt jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil. Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle (si celle-ci n'est pas effectuée par le biais de la DSN) mentionnant :

- Le nombre de participants à la fin du trimestre civil correspondant : pour le personnel nouvellement inscrit, la cotisation est due à compter de la date d'entrée dans le groupe et signalée par l'adhérent. Pour le personnel radié, la cotisation est due jusqu'au jour où il cesse d'appartenir au groupe.
- L'assiette ou les assiettes servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée.

Chaque adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date de la résiliation, y compris la part salariale, et ce, quelle que soit la cause de ladite résiliation.

À défaut de paiement des cotisations dans les 15 jours suivant leur échéance, l'organisme recommandé envoie à l'adhérent une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, l'organisme recommandé peut engager une procédure de recouvrement des cotisations par la voie contentieuse.

En cas de non-paiement des cotisations l'organisme recommandé en avisera la Commission Paritaire Nationale EEP Santé.

7.2 Pour le participant au titre des régimes facultatifs options 1, 2 ou 3 et pour l'extension aux ayants droit du participant (pour le régime socle facultatif ou les options 1, 2 ou 3).

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour ses ayants droit. À ce titre, le participant remet notamment un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 8 » PRESTATIONS

Les modalités de service des prestations sont définies au **Titre II – Garantie Frais de santé** ci-après.

ARTICLE 9 » PRESTATIONS PRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

Tous les salariés couverts par l'accord collectif du 31 janvier 2022 bénéficient de l'ensemble de ces mesures.

9.1 Actions prioritaires de branche

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité sont les suivantes :

a. Exonération totale de la contribution salariale :

L'exonération de la part salariée de la cotisation conventionnelle au titre de la couverture du socle obligatoire s'appliquera comme suit :

- aux salariés en contrat d'apprentissage d'une durée strictement inférieure à 12 mois,
- aux salariés en CDD d'une durée strictement inférieure à 12 mois sauf s'ils sont en cumul d'emplois. Par exception, les salariés en cumul d'emplois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application de l'accord bénéficient de cette mesure à condition que leurs rémunérations brutes globales tous employeurs confondus soient inférieures au SMIC,
- aux salariés pour lesquels la cotisation (part employeur et part salarié) représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes.

Seule la contribution employeur est appelée, sous réserve qu'ils soient identifiés par bulletin d'affiliation et dans la DSN ou à défaut dans l'appel de cotisation trimestriel si l'établissement n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

Par rémunération(s) brute(s), il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.

b. des actions de prévention :

Les signataires de l'accord collectif du 31 janvier 2022 confient à la Commission Paritaire Nationale EEP Santé le soin de déterminer les actions de prévention concernant les risques professionnels ou liées à une consommation médicale spécifique aux populations couvertes (population féminine aux besoins spécifiques etc.).

Dans ce cadre, les priorités suivantes sont définies :

- **A.** campagne de communication et d'incitation à la vaccination contre la grippe saisonnière, l'hépatite, la tuberculose ;
- **B.** moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité sociale ;
- **C.** campagnes de prévention des troubles musculo-squelettiques (ex : formations gestes et postures) ;
- **D.** prévention du stress et des violences (en lien avec l'accueil du public notamment) ;
- **E.** campagnes de dépistage de cancers.

c. des prestations d'action sociale.

9.2 Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution

Pour chaque intervention (prévention ou action sociale) collective, des aides financières pourront être accordées si les conditions suivantes sont remplies :

- présentation d'un projet pluriannuel incluant des objectifs évaluables ;
- l'association au projet des représentants du personnel des différentes instances de représentation du personnel quand elles existent et, à défaut, le respect de l'adhérent en la matière (transfert du PV de carence) ;
- le régime ne pourra financer qu'en complément de l'adhérent (pas de prise en charge financière à 100% par le régime).

ARTICLE 10 » PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'adhésion se prescrit 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 recommandé 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'adhérent ou du participant contre l'Organisme recommandé a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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 accusé de réception adressé par l'organisme recommandé à l'adhérent ou au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire à l'organisme recommandé en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).**
- **La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.**

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).

- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'adhésion ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 11 » FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle émane du participant et change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme recommandé, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation de ce risque, la garantie accordée par l'organisme recommandé à ce participant est nulle.

ARTICLE 12 » ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du contrat, l'adhérent doit faire obligatoirement élection de domicile en France métropolitaine ou dans les départements et collectivités d'outre-mer.

ARTICLE 13 » FONDS SOCIAL

Les participants bénéficieront du fonds social existant au sein de l'organisme recommandé choisi par l'adhérent.

ARTICLE 14 » ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située : 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 15 » LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT 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 oeuvre, 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 - dont les coordonnées sont :

DPO

- **par courrier à :**
Harmonie Mutuelle – Service
DPO 29 quai François Mitterrand
44 273 Nantes cedex 2
- **ou par mail à :**
dpo@harmonie-mutuelle.fr

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

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) dont les coordonnées sont :

CNIL

- **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL):**
3 Place de Fontenoy - TSA 80715
75334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr)

ARTICLE 16 » RÉCLAMATIONS - 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.

RÉCLAMATION

- **Soit par internet :** <https://www.harmonie-mutuelle.fr>
 - **Soit sur votre espace** Harmonie&Moi
- **Soit par courrier** à l'adresse figurant sur votre carte mutualiste.

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 dont les coordonnées sont les suivantes :

MÉDIATION

- **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

ARTICLE 17 » LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'organisme recommandé est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'organisme recommandé de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui concernent l'établissement ainsi que ceux concernant les participants. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit du participant.

L'adhérent s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'organisme recommandé réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

TITRE II

» GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 18 » OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le versement :

- d'une indemnité complétant les remboursements effectués notamment par les assurances sociales, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie ;
- d'une indemnité en cas de maternité ou de cure thermale.

ARTICLE 19 » BÉNÉFICIAIRES

Le participant bénéficie des garanties. Ce dernier peut choisir de faire bénéficier des garanties du contrat, à ses ayants droit définis ci-après :

1. **le conjoint** non divorcé ni séparé du salarié.

Est assimilé au conjoint la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS), le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil.

2. **les enfants** du salarié ou ceux qu'il a accueillis (familles recomposées) ayant moins de 21 ans. Sont également considérés comme tels :

- les enfants âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;
- les enfants âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ;
- les enfants quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21ème anniversaire.

Pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, l'affiliation des enfants du salarié ou de son conjoint (tel que défini plus haut) prend effet à sa date de naissance ou de son arrivée au foyer.

Afin que cette prise d'effet soit possible, l'adhésion peut se faire par anticipation.

ARTICLE 20 » ADHÉSION AU RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE

L'adhésion au régime socle est obligatoire pour le participant. Il peut choisir de faire adhérer, à titre facultatif, ses ayants droit tels que définis à l'article ci-dessus.

Lorsque l'établissement a fait le choix de rendre obligatoire l'option 1, 2 ou 3, en lieu et place du socle, cette option est alors obligatoire pour le participant.

ARTICLE 21 » CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE

Le participant peut choisir, pour lui-même et ses ayants déjà droit affiliés au titre du régime socle obligatoire, l'option 1,

l'option 2 ou l'option 3 en complément du régime socle (en fonction du niveau de couverture du contrat socle choisi par l'adhérent).

La cotisation correspondante est alors appliquée.

Les ayants droit ne peuvent pas choisir une option différente de celle retenue par le participant pour lui-même.

ARTICLE 22 » RÉSILIATION DES OPTIONS

Le participant peut résilier son affiliation à l'option facultative (quel que soit le niveau de celle-ci) à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription pour n'être affilié qu'au socle obligatoire.

La résiliation vaut pour le participant et pour ses ayants droit.

La demande de résiliation peut, au choix, nous être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale, le Code des Assurances et le Code de la Mutualité :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Harmonie Mutuelle,
- par voie électronique,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues à l'Article 7.

Le participant qui avait souscrit à une option et qui a résilié son adhésion pour s'affilier au socle seul, ne peut souscrire une option qu'après 2 ans de souscription sur le socle.

ARTICLE 23 » CHANGEMENT DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE

Le participant salarié, ou l'ancien salarié bénéficiaire d'un maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin, peut demander à changer de niveau de couverture (de niveau supérieur ou inférieur) au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 1 an dans le niveau de couverture.

Le participant qui avait souscrit à une option et qui conformément à l'Article 22 a résilié son adhésion pour s'affilier au socle seul, ne peut souscrire au niveau supérieur (du socle à l'option 1) qu'après 2 ans de souscription sur le socle.

Par la suite, il pourra souscrire à d'autres niveaux de couverture facultatifs dans les conditions visées ci-dessus.

Le changement d'option, à l'initiative du salarié vaut pour lui-même et pour ses ayants droit.

ARTICLE 24 » SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'organisme recommandé, celui-ci est subrogé dans les droits du participant ou de ses ayants droit, victimes d'un accident à l'égard du tiers responsable.

ARTICLE 25 » FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION - EXCLUSIONS

25.1 Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes 25.2 et 25.3 ci-après, ceux énumérés à l'Article 27 du présent titre qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des produits et prestations, et qui n'ont pas donné lieu à une prescription médicale ou à un remboursement de la Sécurité sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite à l'Article 27 du présent titre.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger (déplacement occasionnel), le remboursement se fait sur la base de remboursement des régimes d'Assurance Maladie Obligatoires français figurant dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire française (NGAP, CCAM, NABM, LPP, GHS).

25.2 Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe 25.3 ci-après.

25.3 SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT, NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE, REALISES

- EN ÉTABLISSEMENTS DE POST-CURE,
- EN CENTRE DE RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE,
- EN CENTRE SPÉCIALISÉ DE SOINS POUR TOXICOMANES

ARTICLE 26 » LE CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

En conséquence :

il prend en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,

- l'intégralité du forfait patient urgence,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge (dispositifs 100 % santé) pour l'assuré pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels et les Honoraires Limites de Facturation.

il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente et des Honoraires Limites de Facturation des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Le contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, le contrat respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale.

Conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics le contrat reprend l'ensemble des libellés normés et la notice d'information reprend quant à elle des exemples de remboursement en euros.

ARTICLE 27 » COUVERTURE

Les montants de prestations sont présentés dans la section **Vos garanties frais de santé 2024 page 3**.

ARTICLE 28 » DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE

Les frais exposés doivent être justifiés par la production des notes d'honoraires, mémoires ou factures établis en bonne et due forme et portant les nom et prénoms du malade.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés au titre d'accident, de maladie ou de maternité postérieurement à la date d'effet de la garantie pendant la durée de cette garantie.

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations est rempli, accompagné des pièces justificatives mentionnées à l'Article 29.

Tout dossier transmis sans justification de frais réels sera réglé sur la base du remboursement de la Sécurité sociale et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

ARTICLE 29 » PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Dans tous les cas :

- **Originaux des décomptes des prestations servies par la Sécurité sociale ou pièces numérisées**, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles
- La prescription médicale,
- Le devis préalable lorsqu'il conditionne la prestation,
- Les pièces justificatives si le montant des frais réels ne figure pas sur le volet de décompte de la Sécurité sociale. (*)

(*) Elles sont indispensables dans les cas suivants :

- **Frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement :**

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,
- l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires ou pièces numérisées.

- **Pharmacie** : le bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant.
- **Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale** : la prescription médicale et l'original de la facture.
- **Autres postes (auditif, appareillage et prothèses diverses autres que dentaires...)** : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, selon le cas, l'original de la facture détaillée ou la photocopie de la feuille de soins.
- **Soins dentaires / Inlays onlays d'obturation** : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.
- **Prothèses dentaires / Orthopédie dento-faciale / Actes de parodontologie / Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale :**
 - la photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,
 - l'original de la facture et/ou note d'honoraires détaillées et acquittées de tous les actes pratiqués (partie prise en charge et partie non prise en charge, numéro des dents soignées),
- **Orthodontie non prise en charge** : la facture acquittée et détaillée, émise par un professionnel de santé portant le cachet, la signature et le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien.

- **Lunettes** : l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le numéro des verres, le coût et la marque des verres et de la monture, la correction visuelle et le type de verre,

- **Lentilles de contact correctrices :**

- l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le coût et la marque des lentilles,
- l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale.

- **Opération de l'oeil** : l'original de la facture

- **Maternité :**

- l'original de la facture,
- copie de l'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille (Attention : cette démarche ne remplace pas l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire du régime, cette inscription devant être expressément demandée à votre Service du Personnel).

- **Adoption** : une copie du jugement d'adoption plénière.

- **Cures thermales :**

- l'original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,
- l'original du décompte de la Sécurité sociale se rapportant à cette cure ou pièce numérisée,
- l'attestation de séjour en cure indiquant la durée du séjour.

- **Prévention :**

- l'original du décompte de la Sécurité sociale, en ce qui concerne les vaccins ou actes pris en charge par cet organisme,
- l'original de la facture du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale
- la note d'honoraires et/ou l'original de la facture, en ce qui concerne la consultation du diététicien.

- **Médecines non conventionnelles** : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien.

L'organisme recommandé se réserve le droit de demander toute autre pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit du participant.

ARTICLE 30 » LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS

Comment obtenir une prise en charge ?

Afin d'éviter toute avance de fonds pour un séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée, vous pouvez formuler une demande d'attestation de prise en charge directement auprès de votre Centre de gestion.

Vous voudrez bien à cet effet préciser :

- les coordonnées de l'établissement hospitalier (adresse et n° de télécopie),
- le service traitant,
- la date d'entrée.

Le Centre de gestion enverra immédiatement un bon de prise en charge à l'hôpital ou à la clinique.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires en cas de besoin.

Le remboursement sera alors effectué soit :

- par chèque bancaire envoyé à votre domicile,
- soit par virement bancaire selon votre demande (envoyez un RIB, un RIP ou un RICE lors de votre première demande de remboursement) et il vous sera alors adressé le décompte de remboursement de soins correspondant.

Nous vous précisons qu'en cas de difficulté majeure ou de contestation sur le remboursement des prestations, vous pouvez contacter votre gestionnaire au numéro indiqué ci-dessus ou via votre espace personnel.

N'oubliez pas de nous informer de tout changement d'adresse, de situation de famille, ou de bénéficiaires en complétant un nouveau bulletin individuel d'affiliation que vous nous adresserez par l'intermédiaire de votre service du personnel.

ARTICLE 31 » DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

L'organisme recommandé procédera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires et éventuelles dispositions spécifiques prévues dans les conditions particulières.

ARTICLE 32 » DÉCHÉANCE

Le participant est déchu de ses droits aux prestations si la demande des pièces justificatives ne parvient pas à l'organisme recommandé dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

ANNEXE 1 - GARANTIES ET SERVICES SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

GARANTIES ASSISTANCE

Lorsque le tableau descriptif de garanties le prévoit, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient également d'une garantie d'assistance.

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la mutuelle, sur décision de son assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Ce contrat collectif est assuré auprès d'un assureur agréé dont la dénomination, les mentions légales et les coordonnées sont :

ASSISTANCE

• **Ressources Mutuelles Assistance :**
(RMA, union 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)

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent par le souscripteur. Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur.

DOCUMENT À REMETTRE À VOTRE CHEF D'ÉTABLISSEMENT

Je soussigné(e)

Salarié(e) de l'établissement :

Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

Certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime frais de santé de l'ensemble du personnel salarié – Accord collectif EEP SANTE du 31 janvier 2022 (modifié par l'avenant n°1 du 4 novembre 2022 et l'avenant n°2 du 27 novembre 2023) mis en place auprès d'Harmonie Mutuelle.

Fait à le

Signature



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif



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, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

