



NOTICE D'INFORMATION Ensemble du personnel salarié

Établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat Régime de Frais de Santé EEP SANTE

- Accord Collectif Frais de Santé du 31 janvier 2022 -
Annulant et remplaçant l'Accord du 18 juin 2015 créant le régime EEP Santé

Les dispositions de la présente notice s'appliquent
à compter du 1er janvier 2023

TABLE DES MATIÈRES

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 2023 4

TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 19

ARTICLE 1 - OBJET	19
ARTICLE 2 - ADHÉSION	19
ARTICLE 3 - DURÉE DU CONTRAT – RÉSILIATION	20
ARTICLE 4 - MODALITÉS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	21
ARTICLE 5 - PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES	22
ARTICLE 6 - MAINTIENS DES GARANTIES	24
ARTICLE 7 - PAIEMENT DES COTISATIONS	29
ARTICLE 8 - PRESTATIONS	30
ARTICLE 9 - PRESTATIONS PRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ	30
ARTICLE 10 - PRESCRIPTION	31
ARTICLE 11 - FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE	32
ARTICLE 12 - ÉLECTION DE DOMICILE	32
ARTICLE 13 - FONDS SOCIAL	32
ARTICLE 14 - ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES	32
ARTICLE 15 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	32
ARTICLE 16 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	34
ARTICLE 17 - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIEMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	36

TITRE 2 - GARANTIE FRAIS DE SANTE 36

ARTICLE 18 - OBJET DE LA GARANTIE.....	36
ARTICLE 19 - BÉNÉFICIAIRES	36
ARTICLE 20 - ADHÉSION AU RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE	37
ARTICLE 21 - CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE optionnelle	37
ARTICLE 22 - RÉSILIATION DES OPTIONS	37
ARTICLE 23- CHANGEMENT DE NIVEAU DE COUVERTURE	37
ARTICLE 24 - SUBROGATION	38
ARTICLE 25 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION - EXCLUSIONS.....	38
ARTICLE 26 - LE CONTRAT RESPONSABLE	39
ARTICLE 27 - COUVERTURE	39
ARTICLE 28 - DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE	40
ARTICLE 29 - PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS.....	41
ARTICLE 30 - LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS	42
ARTICLE 31 - DÉCHÉANCE	42

Vos garanties frais de santé 2023

Les montants de prestations présentés dans les tableaux ci-dessous, sont 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 en complément de ceux de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

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

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
-----------------	--------------------	--------------------	---------------------	---------------------

Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.

Honoraires

(y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile).

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 1^{er} 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

MONTANT DES PRESTATIONS

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

Responsible

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	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
dans la limite des HLF		dans la limite de 100 % HLF-MR		
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 Maitrisé

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

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	Acupuncteur	Acupuncteur	Acupuncteur
	Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur
	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans
	Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe
	Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe
	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	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. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le N° ADELI, N° RPPS ou le N°FINESS du praticien sera demandé.

Aides auditives

Equipements

100% Santé *

Classe 1



100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV

Equipements 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 1/20 ^{ème} 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

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.

* 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
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsible

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 ^(*) ^(***)



Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)

Supplément pour verres avec filtres de classe A

100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV

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			
			Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
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 :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- 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'œil 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 ; | <ul style="list-style-type: none">- 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'œil 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 iséiconiques)	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	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	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

Garanties et Services Santé complémentaires

Assistance

Protocole : 922816.

Coût : 5, 47 € TTC par an, par participant (inclus dans les cotisations obligatoires prévues au contrat).

La garantie Assistance prévue au contrat, dans le cadre de la **Convention d'Assistance souscrite par AG2R Prévoyance auprès de FRAGONARD ASSURANCES** (SA au capital de 37 207 660,00 € - 479 065 351 RCS Paris - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris - Entreprise régie par le Code des assurances), est mise en œuvre par **AWP FRANCE SAS** (SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>) dénommée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** ».

Elle est régie par ses propres conditions générales.

Téléconsultation médicale

Protocole : 7204298

La Téléconsultation médicale, incluse au présent contrat, est régie par ses propres conditions générales.

Elle est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

Elle est réalisée sur la base d'un contrat conclu entre l'**Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS)** et **AXA Assistance**.

Autorisation de la CNIL - délibération n° 2015-134 du 23 avril 2015. AXA ASSISTANCE France - Société anonyme - Siège social : 6, rue André-Gide 92320 Châtillon - RCS Nanterre n° 311 338 339.

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.**

Exemples de remboursements (informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

Exemples normés

REGIME SOCLE	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	413,00 €	271,70 €	141,30 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	451,00 €	271,70 €	81,51 €	97,79 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500,00 €	982,07 €	325,82 €	1 192,11 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031). Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires	547,90 €	84,00 €	276,00 €	187,90 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	84,00 €	276,00 €	187,90 €	
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50,00 €	16,50 €	7,50 €	26,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	80,00 €	15,10 €	6,90 €	58,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	58,00 €	15,10 €	6,90 €	36,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330,00 €	47,30 €	20,70 €	262,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	1 534,00 €	240,00 €	360,00 €	934,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	2 000,00 €	240,00 €	360,00 €	1 400,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Optique					
Équipement optique de classe A (monture + verres de verres unifocaux (équipement 100% santé))	112,00 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte
Équipement optique de classe B à tarifs libres (monture + verres) de verres unifocaux	339,00 €	0,09 €	169,91 €	169,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte avec monture au tarif de 139€ et 2 verres au tarif de 200€ (Hors Réseau)

SOCLE + OPTION 1	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	413,00 €	271,70 €	141,30 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	451,00 €	271,70 €	81,51 €	97,79 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500,00 €	982,07 €	325,82 €	1 192,11 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€).
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	30,37 €	13,01 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	547,90 €	84,00 €	366,00 €	97,90 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	84,00 €	366,00 €	97,90 €	
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50,00 €	16,50 €	20,00 €	13,50 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	80,00 €	15,10 €	13,80 €	51,10 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	58,00 €	15,10 €	16,10 €	26,80 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330,00 €	47,30 €	48,30 €	234,40 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	1 534,00 €	240,00 €	360,00 €	934,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	2 000,00 €	240,00 €	360,00 €	1 400,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Optique					
Equipelement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	112,00 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil pour un adulte
Equipelement optique de classe B à tarifs libres (monture + verres) de verres unifocaux	339,00 €	0,09 €	234,91 €	104,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil pour un adulte avec monture au tarif de 139€ et 2 verres au tarif de 200€ (Hors Réseau)

SOCLE + OPTION 2	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	413,00 €	271,70 €	141,30 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	451,00 €	271,70 €	179,30 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500,00 €	982,07 €	1 030,07 €	487,86 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031). Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	30,37 €	13,01 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	547,90 €	84,00 €	396,00 €	67,90 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	84,00 €	396,00 €	67,90 €	
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50,00 €	16,50 €	20,00 €	13,50 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	80,00 €	15,10 €	13,80 €	51,10 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	58,00 €	15,10 €	25,30 €	17,60 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330,00 €	47,30 €	75,90 €	206,80 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	1 534,00 €	240,00 €	460,00 €	834,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	2 000,00 €	240,00 €	460,00 €	1 300,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Optique					
Equipelement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	112,00 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil pour un adulte
Equipelement optique de classe B à tarifs libres (monture + verres) de verres unifocaux	339,00 €	0,09 €	279,91 €	59,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil pour un adulte avec monture au tarif de 139€ et 2 verres au tarif de 200€ (Hors Réseau)

SOCLE + OPTION 3	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	413,00 €	271,70 €	141,30 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	451,00 €	271,70 €	179,30 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500,00 €	982,07 €	1 030,07 €	487,86 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031). Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	30,37 €	13,01 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	547,90 €	84,00 €	456,00 €	7,90 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	84,00 €	456,00 €	7,90 €	
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50,00 €	16,50 €	32,50 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	80,00 €	15,10 €	29,90 €	35,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	58,00 €	15,10 €	29,90 €	13,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330,00 €	47,30 €	89,70 €	193,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	1 534,00 €	240,00 €	460,00 €	834,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	2 000,00 €	240,00 €	460,00 €	1 300,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Optique					
Equipelement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	112,00 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil pour un adulte
Equipelement optique de classe B à tarifs libres (monture + verres) de verres unifocaux	339,00 €	0,09 €	299,91 €	39,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil pour un adulte avec monture au tarif de 139€ et 2 verres au tarif de 200€ (Hors Réseau)

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 œuvre 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
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 1 - 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.

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

Article 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 1^{er} janvier de chaque exercice civil.

Article 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 de de GÉNÉRATION – 29080 QUIMPER CEDEX 9,
- par voie électronique à : fichier@generation.fr ou via l'espace assuré,
- 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.

Sous réserve des maintiens des garanties définis à [l'Article 6-1](#), le salarié perd également la qualité de membre participant lorsqu'il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel concernée ou lorsqu'il peut bénéficier de la Complémentaire Santé Solidaire en application de l'article L 861-1 du Code de la Sécurité Sociale et qu'il adhère à un autre organisme à cet effet, à condition qu'il en fasse la demande expresse selon les modalités de dispenses d'affiliation.

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.

Article 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.

Article 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 tous les salariés présents et futurs des établissements relevant du champ d'application de l'accord.

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 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 sera alors irrévocable pendant 2 ans.

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

Article 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 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,
 - 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.

Article 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 s'il ne bénéficie pas d'un 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 et 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 22 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 réglementaires en vigueur.

Cette radiation est irrévocable pendant 2 ans.

Article 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

Article 6.1 Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale (PORTABILITÉ 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 Évin 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.

À 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 œuvre.

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.

Article 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 ENTRAINE FORCLUSION DÉFINITIVE.

À 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.

Article 6.3 Maintien à l'identique de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles Article 4 de la Loi Évin 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

À 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 du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à [l'Article 6.1](#) ou de la fin de la période du 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 Évin »), 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

Les anciens salariés 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 21](#).

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.

À 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

À 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) par l'organisme recommandé 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 :

- en cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu à l'**Article 6.3.6**,
- 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 de GÉNÉRATION – 29080 QUIMPER CEDEX 9,
 - par voie électronique à : fichier@generation.fr ou via l'espace assuré,
 - 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 Évin 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.

Article 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 (pour le régime 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 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 bénéficiant d'un revenu de remplacement notamment lorsqu'il est 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 des cotisations prévues à [l'Article 7](#).

À 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.

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

Article 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.

Les maîtres rémunérés par l'État (maître délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire) exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico-sociaux visés par l'accord EEP Santé, acquitteront leur contribution auprès de l'établissement ou éventuellement auprès de l'organisme assureur. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

Article 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.

À 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

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis 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.

Article 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.

Par rémunérations brutes, 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.

Article 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% de l'action 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme recommandé ou gestionnaire 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 ou gestionnaire 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 ou gestionnaire 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 ou gestionnaire 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 CONTROLE 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

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le participant et les bénéficiaires sont informés par l'organisme assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'Organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France, 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

a. Les données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe,
- la gestion des avis du salarié et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou ses partenaires,
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le salarié et les bénéficiaires,
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du salarié et des bénéficiaires,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et

à la lutte contre la fraude, incluant un dispositif mutualisé des données du contrat et des sinistres déclarés auprès de l'organisme assureur, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA),

- la proposition au salarié et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou ses partenaires,
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du salarié et des bénéficiaires,

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du salarié et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'organisme assureur utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du salarié et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du participant et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

b. Destinataires des traitements des données personnelles

Les destinataires des données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'organisme assureur dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu. Les données de santé du participant et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du salarié et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractères personnel du participant et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays de l'Union Européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, l'organisme assureur s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance varient en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'organisme assureur et des prescriptions légales applicables.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le

traitement des données du participant et des bénéficiaires et à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

c. Droit des personnes concernées

Le participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés **en adressant un courrier auprès d'AG2R LA MONDIALE accompagné d'un justificatif d'identité, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France, 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr**. En cas de réclamation relative à la protection des données, le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr. »

ARTICLE 16 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

L'adhérent, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'organisme assureur ou gestionnaire, effectuer sa réclamation auprès de son interlocuteur habituel.

Adresser une réclamation :

Dans tous les cas, le demandeur doit formaliser si possible par écrit sa réclamation afin que l'organisme assureur ou gestionnaire, puisse répondre au mieux à son insatisfaction, et l'adresser au « Service Réclamations », en écrivant à l'adresse suivante :

RÉCLAMATION
En cas de réclamation portant sur l'application du contrat, les demandes peuvent être adressées en premier lieu au gestionnaire à l'adresse indiquée ci-contre : <i>GÉNÉRATION – 29080 QUIMPER CEDEX 9</i>
En cas de désaccord sur la réponse donnée par le gestionnaire, le réclamant peut exercer en 2^{ème} lieu un recours auprès de l'organisme assureur : en s'adressant au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance / santé à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX Il est également possible de joindre un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22.

Engagements du gestionnaire :

Un accusé réception sera adressé au demandeur dans un délai maximum de 10 jours.

La situation du demandeur sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée lui sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

Saisine du Médiateur du CTIP :

Le demandeur peut saisir le Médiateur de la protection sociale :

- Dans un délai de 2 mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu une réponse ou non de la part de l'organisme assureur ou du gestionnaire,
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de sa première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire par email ou par courrier :

MÉDIATION
Médiateur du CTIP 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS Tél : 01 42 66 68 49 Formulaire disponible sur le site : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/

L'intervention du Médiateur est gratuite. Il formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception du dossier complet du demandeur.

Les deux parties, le demandeur et l'organisme assureur ou gestionnaire, restent libres de le suivre ou non. Le demandeur conserve à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

ARTICLE 17 - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIEMENT 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 2 - GARANTIE FRAIS DE SANTE

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 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 de GÉNÉRATION – 29080 QUIMPER CEDEX 9,
- par voie électronique à : fichier@generation.fr ou via l'espace assuré,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme gestionnaire,
- 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

Le participant salarié, ou l'ancien salarié bénéficiaire d'un maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Évén, peut demander à changer de niveau de couverture (de niveau supérieur ou inférieur) au 1^{er} 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 20](#) 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 30](#) 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 30](#) 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'HÉBERGEMENT ET DE TRAITEMENT, NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE, RÉALISÉS :**
- EN ÉTABLISSEMENTS DE POST-CURE,
 - EN CENTRE DE RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE,
 - EN CENTRE SPÉCIALISÉ DE SOINS POUR TOXICOMANES

ARTICLE 26 - LE CONTRAT RESPONSABLE

Le présent 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 notamment :**

- 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 journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité du forfait patient urgence,
- 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 et les Honoraires Limites de Facturation conventionnels.

• **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, ainsi que sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires et franchises restant à la charge du bénéficiaire prévues à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale (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 présent 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 présent contrat :

- respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale,
- reprend l'ensemble des libellés normés conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

ARTICLE 27 - COUVERTURE

Les montants de prestations sont présentés dans la section [Vos garanties frais de santé 2023 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 26](#).

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),
- 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'œil : 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 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.

Afin d'obtenir un règlement rapide de vos dossiers, vous devez envoyer toutes les pièces originales justifiant du droit à prestations mentionnées ci-dessus, au Centre de gestion suivant :

Génération
12 bis rue de Kerogan
29000 Quimper

Vous pouvez joindre notre **accueil téléphonique, Génération Accueil, au 02 98 51 38 00**

Le remboursement sera alors effectué soit :

- par chèque bancaire envoyé à votre domicile,
- soit par virement bancaire selon votre demande (envoyez un RIB 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 nous contacter au numéro de téléphone du gestionnaire.

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 - 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.

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 - mis en place auprès d'AG2R la mondiale.

Fait à le

Signature
