

**Contrat collectif d'assurance complémentaire santé
à affiliation obligatoire**

**avec extension facultative aux ayants droit
et options complémentaires facultatives**

CONDITIONS GENERALES

Table des matières

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1. - Objet et nature des garanties - architecture contractuelle	4
Article 2. - Intervenants au Contrat – Election de domicile	5
Article 3. - Vie du contrat	5
Article 4. - Affiliation aux garanties obligatoires du Socle Entreprise	7
Article 5. - Affiliation des Ayants droit à l’Extension facultative Socle Entreprise	8
Article 6. - Adhésion aux Options facultatives -- Changement d’Option facultative.....	8
Article 7. - Obligations d’information	9
Article 8. - Prescription	12
Article 9. - Subrogation / Recours contre tiers.....	13
Article 10. - Clause de sauvegarde	13
Article 11. - Réclamations et Médiation	14
Article 12. - Contrôle médical	15
Article 13. - Fausse déclaration	15
Article 14. - Autorité de contrôle	16
Article 15. - Protection des données à caractère personnel et opposition au démarchage téléphonique.....	16
CHAPITRE II – LES COTISATIONS	17
Article 16. - Taux et montants de cotisations	17
Article 17. - Evolution des cotisations	17
Article 18. - Appel des cotisations - Modalités de règlement des cotisations	18
Article 19. - Régularisation des cotisations.....	18
Article 20. - Défaut de paiement des cotisations	18
CHAPITRE III – LES PRESTATIONS	19
Article 21. - Objet et étendue de la garantie	19
Article 22. - Conformité aux critères des contrats responsables	21
Article 23. - Action sociale - Services associés	25
Article 24. - Date d’effet de la couverture	25
Article 25. - Règlement des prestations / pièces justificatives / Télétransmission / Tiers Payant	27
Article 26. - Fin de la couverture	29
Article 27. - Maintien de garanties.....	31
ANNEXES.....	36

Préambule :

La présente offre a été élaborée afin de répondre aux attentes des entreprises du transport qui ont souhaité mettre en place un régime frais de santé et, par là même, répondre aux demandes de couverture santé de tous leurs salariés, soit les salariés non cadres et les salariés cadres tel que définie dans la Convention Collective Nationale ci-après :

La présente offre est émise en conformité avec la Convention collective nationale IDCC 16

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. - Objet et nature des garanties - architecture contractuelle

1.1 *Objet et nature des garanties*

Le présent contrat (ci-après le « Contrat ») a pour objet de compléter le remboursement des frais de santé effectué par un régime obligatoire d'assurance maladie (ci-après « AMO »), en prenant en compte les besoins spécifiques des salariés de la branche des transports routiers et activités auxiliaires du transport, qui sont employés dans des entreprises de transport de marchandises ou de transport de voyageurs.

Les garanties prévues par le Contrat ont été élaborées par Mutuelle Entrain.

Le Contrat répond :

- aux exigences du panier de soins dit « minimal » prévu par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, telles que définies aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la sécurité sociale, et
- au cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L.871-1 et R.871-1 et suivants du Code de la sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires puis par le décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025, qui intègre de nouvelles obligations de prise en charge (la location de courte durée de certains fauteuils roulants et véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et les prothèses capillaires de classe I et II).

Ainsi, le Contrat est à la fois « solidaire et responsable », « ANI compatible » et conforme aux accords visés au préambule ci-dessus.

Les garanties prévues au Contrat se composent :

- d'un socle de base minimum, dénommé « Socle Entreprise », mis en place par l'entreprise souscriptrice (ci-après le « Souscripteur » ou l'« Entreprise ») de manière obligatoire, pour l'ensemble des salariés du groupe assuré et éventuellement leurs ayants droit. Le choix du Socle Entreprise est fait par le Souscripteur dans les Conditions Particulières du Contrat;
- d'une ou plusieurs options complémentaires facultatives sélectionnées par le Souscripteur et figurant dans les Conditions Particulières (dénommées « Options facultatives »), destinées à améliorer les garanties du Socle Entreprise. Les Options facultatives sont ouvertes à l'adhésion facultative des salariés et entièrement à leur charge.

En outre, si l'Entreprise choisit de ne pas couvrir les Ayants droit des salariés de manière obligatoire, le salarié a la possibilité d'étendre le bénéfice de ses garanties (Socle Entreprise et Options facultatives) à ses Ayants droit tels que définis à l'Annexe I, selon les modalités précisées à l'article 4.3 ci-après.

Lorsque les ayants droit des salariés ne sont pas inclus à titre obligatoire dans le Socle Entreprise, l'extension, à titre facultatif, des garanties du Socle Entreprise aux Ayants droit des salariés est dénommée « **Extension facultative Socle Entreprise** ».

1.2 Architecture contractuelle

Le Contrat, régi par le Code de la mutualité et notamment son livre II, **se compose de deux parties indissociables** :

- **les présentes conditions générales (dénommées les « Conditions Générales »)**, qui définissent notamment le fonctionnement général du Contrat, les obligations respectives des parties contractantes, ainsi que l'ensemble des garanties pouvant être souscrites, et
- **les conditions particulières (dénommées les « Conditions Particulières »)**, qui matérialisent la souscription du Contrat par le Souscripteur et précisent notamment la date d'effet souhaitée, le Niveau de garanties choisies que le Souscripteur a décidé de mettre en place de manière collective et obligatoire pour ses salariés et, le cas échéant, leurs Ayants droit, ainsi que les Options facultatives pouvant, selon les cas, être souscrites à titre facultatif par les salariés, et les cotisations y afférentes, etc.

En cas de contradiction entre les Conditions Générales et les Conditions Particulières, ces dernières prévaudront.

Article 2. - Intervenants au Contrat – Election de domicile

Les intervenants au Contrat sont :

- **Le Souscripteur**, à savoir l'entreprise signataire des Conditions Particulières du Contrat. Le Souscripteur peut acquérir, conformément aux dispositions des statuts de la Mutuelle, la qualité de « membre honoraire » de la Mutuelle.
- **Les salariés du Souscripteur** affiliés au Contrat, qui bénéficient des prestations visées aux Conditions Particulières et en ouvrent le droit, le cas échéant, à leurs Ayants droit. Par leur affiliation au Contrat, les Salariés acquièrent la qualité de « membres participants » de La Mutuelle et peuvent également être dénommés « adhérents ». Ils sont désignés ci-après les « Membres participants »).
- **La Mutuelle Entrain**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 775 558 778 (dénommée ci-après « Mutuelle Entrain » ou la « Mutuelle »), qui est l'assureur des garanties proposées par le Contrat.

Article 3. - Pour les besoins de l'exécution du Contrat, le Souscripteur et la Mutuelle font élection de domicile en leurs sièges sociaux respectifs, aux adresses indiquées dans les Conditions Particulières. Vie du contrat

3.1 Date d'effet et durée du Contrat

Le Contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Mutuelle Entrain, 5 boulevard Camille Flammarion, 13001 Marseille, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité
et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 558 778.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile à partir de sa date d'effet, coïncidant en principe au 1^{er} jour d'un mois, sauf disposition contraire prévue aux Conditions Particulières, et vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, par période d'un an, sauf résiliation dans les conditions fixées à l'article 3.4 ci-dessous.

3.2 Modification du Contrat

Sous réserve des stipulations des articles 10 et 22.3 ci-après, la modification du Contrat sera constatée par l'émission et la signature d'un avenant signé par le Souscripteur et la Mutuelle.

Ces modifications seront portées à la connaissance des Membres participants par le Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 7.3 ci-après.

3.3 Conformité du Contrat aux dispositions conventionnelles

Le Contrat est conforme aux dispositions des accords visés dans le préambule du Contrat, relatifs au régime collectif obligatoire de remboursement complémentaire de frais de santé applicable dans les entreprises relevant desdits accords.

En cas d'évolution des dispositions conventionnelles applicables au Souscripteur, les dispositions de l'article 10, dernier alinéa du Contrat s'appliqueront. Les Membres Participants seront informés, le cas échéant, des adaptations apportées au Contrat, selon les modalités prévues à l'article 7.3 ci-après.

3.4 Résiliation du Contrat

a) Résiliation à l'initiative du Souscripteur

Le Contrat peut être résilié annuellement par le Souscripteur, en adressant à la Mutuelle, au plus tard le 31 octobre de l'année pour que le Contrat cesse de produire ses effets le 31 décembre de l'année considérée, une notification transmise par l'un des moyens ci-dessous, conformément aux dispositions des articles L.221-10 et L.221-10-3 du Code de la mutualité :

- par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique,
- par lettre ou tout autre support durable, ;
- par déclaration faite au siège social de la Mutuelle,
- par acte extrajudiciaire,
- si l'affiliation au Contrat a été effectuée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

En outre, en vertu des dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, le Souscripteur peut résilier le Contrat après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, en adressant à la Mutuelle une notification en ce sens, faite par l'un quelconque des modes précités. Dans ce cas, la résiliation prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le Souscripteur. Dans ce cas, le Souscripteur n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au Souscripteur dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues au Souscripteur produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

b) Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

Le Contrat peut être résilié annuellement par la Mutuelle, par lettre recommandée avec avis de réception adressée au Souscripteur au plus tard le 31 octobre, pour que le Contrat cesse de produire ses effets le 31 décembre de l'année considérée.

En cas de non-paiement des cotisations, la Mutuelle peut également mettre fin au Contrat, dans les conditions prévues à l'article 20 ci-après.

c) Effets de la résiliation

La résiliation du Contrat, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les Membres Participants et tous leurs éventuels Ayants droit. L'adhésion des Membres Participants et tous leurs éventuels Ayants droit prend fin à cette même date, tant en ce qui concerne le Socle Entreprise / l'Extension facultative Socle Entreprise, que les Options facultatives.

Article 4. - Affiliation aux garanties obligatoires du Socle Entreprise

4.1 Choix et modification du niveau du Socle Entreprise

Le niveau du Socle Entreprise choisi par le Souscripteur à la souscription du Contrat est indiqué dans les Conditions Particulières.

Ces modifications sont portées à la connaissance des Membres participants par le Souscripteur dans les conditions prévues à l'article 7.3 ci-après.

4.2 Bénéficiaires du Socle Entreprise

a) Membres participants

Affiliation obligatoire :

Sont affiliés, à titre obligatoire, au Socle Entreprise choisi par le Souscripteur et indiqué dans les Conditions Particulières, l'ensemble des salariés du Souscripteur, présents ou futurs, tels que définis par l'acte de formalisation du régime (« Acte Fondateur ») au sens de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

L'affiliation des salariés au Socle Entreprise s'effectue dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 7.1 ci-après.

Possibilité de dispense :

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire et conformément au Code de la sécurité sociale, des dispenses d'affiliation peuvent être invoquées, soit qu'elles soient applicables de droit ou qu'elles aient été prévues par l'Acte Fondateur, dans le respect de la réglementation en vigueur et les prévisions conventionnelles.

Dans tous les cas, le Souscripteur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés et les justificatifs y afférents. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par le Souscripteur des conséquences de son choix, à savoir

qu'il ne pourra bénéficier du régime mis en place dans l'Entreprise. S'ils ne justifient plus des conditions de dispenses, les salariés concernés sont alors affiliés obligatoirement au Contrat.

b) Ayants droit

Le Souscripteur peut, en vertu de l'Acte Fondateur qu'il met en place, affilier à titre obligatoire au Contrat les Ayants droit du salarié au sens de l'Annexe I, ou certains d'entre eux, tels qu'alors précisés dans les Conditions Particulières.

Dans ce cas, conformément à l'article D.911-3 du Code de la sécurité sociale, les Ayants droit affiliés à titre obligatoire peuvent faire valoir une dispense d'adhésion s'ils sont déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f du 2° de l'article R.242-1-6 du même code.

L'affiliation des Ayants droit au Contrat s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation complété par le Membre participant et adressé par le Souscripteur à la Mutuelle.

Article 5. - Affiliation des Ayants droit à l'Extension facultative Socle Entreprise

Lorsque l'Acte fondateur ne prévoit pas l'affiliation à titre obligatoire des ayants droit au sens de l'annexe I, le salarié Membre participant peut demander à ce que ses Ayants droit non affiliés à titre obligatoire, bénéficient du Socle Entreprise, à titre facultatif.

L'affiliation facultative des Ayants droit au Socle Entreprise (dénommée « Extension facultative Socle Entreprise ») s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation adressé par le Souscripteur à la Mutuelle, selon des modalités et délais identiques à ceux prévus à l'article 6.1 ci-dessous pour l'adhésion aux Options facultatives, étant précisé qu'en cas d'adhésion réalisée par un moyen de communication à distance, le salarié bénéficie d'une faculté de renonciation, selon des modalités identiques à celles précisées à l'article 6.2 ci-dessous.

Article 6. - Adhésion aux Options facultatives -- Changement d'Option facultative

6.1 Conditions et modalités d'adhésion

Seuls les salariés affiliés au Socle Entreprise peuvent adhérer aux Options facultatives.

En effet, parallèlement aux garanties choisies par le Souscripteur dans le cadre du Socle Entreprise, les Membres participants ont la possibilité d'améliorer leur niveau de garantie en adhérant aux Options facultatives prévues, le cas échéant, aux Conditions Particulières.

Les Options facultatives pouvant être souscrites sont uniquement celles sélectionnées par le Souscripteur et mentionnées aux Conditions Particulières.

Lorsqu'il a la faculté d'opter pour une Option facultative, le Membre participant indique l'Option facultative qu'il choisit en remplissant la partie qui lui est dédiée au Bulletin Individuel d'Affiliation.

L'adhésion facultative du Membre participant à une Option facultative entraîne, de manière indissociable, le rattachement de ses Ayants droit bénéficiaires des garanties du Socle Entreprise ou de l'Extension facultative Socle Entreprise, à cette même Option facultative.

En effet, les Ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à l'Option facultative dont bénéficie le Membre participant.

L'adhésion facultative des Ayants droit s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation complété par le Membre participant et adressé par le Souscripteur à la Mutuelle.

6.2 Faculté de renonciation, en cas d'adhésion à distance

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à une Option facultative, dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L. 222-6 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure au jour d'adhésion.

Pour ce faire, le Membre participant peut utiliser le modèle de renonciation ci-dessous :

« Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Demeurant : (adresse complète du Membre participant)

Déclare, par la présente, faire usage de la faculté qui m'est donnée par l'article L.221-18 du Code de la mutualité de renoncer à mon adhésion n° [.....] Par conséquent, je vous remercie de bien vouloir me rembourser les cotisations versées à ce titre, dans la limite des dispositions contractuelles. »

En cas de renonciation,

- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera dans un délai de 30 jours à compter de la demande de renonciation.
- Si des prestations ont été versées, le Membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants perçus dans un délai de 30 jours et à retourner ses cartes de tiers payant.

6.3 Changement d'Option facultative

Le Membre participant affilié audit Socle Entreprise a la possibilité de changer d'Option facultative. Le Membre participant doit alors adresser à la Mutuelle un nouveau bulletin individuel d'Affiliation valant demande de modification de son Option facultative, **deux (2) mois au moins** avant la prise d'effet souhaitée, laquelle doit nécessairement coïncider avec le 1^{er} jour d'un mois civil.

Les Ayants droit du Membre participant ne pouvant bénéficier que de l'Option facultative dont le Membre participant bénéficie lui-même, le changement d'Option facultative du Membre participant s'applique par conséquent également à ses Ayants droit.

Article 7. - Obligations d'information

7.1 Obligations d'information du Souscripteur envers la Mutuelle

a) Pour la mise en œuvre des garanties

Afin de mettre en œuvre la garantie, le Souscripteur doit adresser à la Mutuelle les pièces et informations suivantes :

i) Lors de la souscription du Contrat :

- **un état nominatif de l'ensemble des salariés concernés par l'affiliation obligatoire.** Cet état indique, pour chaque intéressé, sa date d'embauche, ses nom, prénom, date de naissance, domicile, numéro de Sécurité sociale, situation de famille et le cas échéant, ses Ayants droits rattachés à titre obligatoire. S'il y a lieu, cet état distingue les salariés dont le contrat est suspendu, avec indication du motif et de la durée de la suspension, ainsi que les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité prévu à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ;
- **les Conditions Particulières, dûment contresignées** par la personne habilitée à représenter le Souscripteur ;
- **pour chaque salarié, un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé** par ledit salarié, accompagné de l'ensemble des éléments qui y sont visés ;
- un extrait Kbis du Souscripteur datant de moins de 3 mois.

ii) Evènement survenant en cours d'année :

- **Pour les salariés entrants :** un état nominatif adressé **mensuellement** à la Mutuelle, indiquant la date d'entrée, accompagné d'un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé pour chacun d'entre eux, de la photocopie de l'attestation d'affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire, d'un relevé d'identité bancaire (RIB ou IBAN), ainsi que de l'ensemble des éléments qui y sont visés ;
- **Pour les salariés sortants et ceux dont le contrat de travail est suspendu :** un état nominatif adressé **mensuellement** à la Mutuelle, indiquant le motif et la date du départ des salariés sortants ou de la suspension du contrat de travail ;
- **Pour les salariés dont la situation familiale a évolué :** un état nominatif adressé **mensuellement** à la Mutuelle, indiquant les modifications de situation familiale des salariés concernés et leur date de survenance, ainsi que les pièces justificatives y afférentes.

Enfin, s'agissant des Bulletins individuels d'Affiliation et des pièces justificatives les accompagnant requis, tant dans le cadre du i) que dans le cadre du ii) ci-dessus, le Souscripteur doit les transmettre à la Mutuelle, dans les trente (30) jours, suivant, selon le cas, la date d'effet du Contrat ou la date d'embauche du salarié entrant.

En outre, à tout moment, le Souscripteur est tenu de communiquer à la Mutuelle toutes informations ou pièces nécessaires à la bonne gestion et au bon fonctionnement du Contrat et, notamment, tout changement dans la situation professionnelle ou familiale du Membre participant.

b) Pour informer la Mutuelle en cas de modification de la situation du Souscripteur

Dans le cas où le Souscripteur change d'activité et ne relève plus de la convention collective et des accords collectifs cités en Préambule, celui-ci devra le notifier à la Mutuelle sous un délai de 15 jours calendaires.

Le Souscripteur est également tenu d'informer la Mutuelle, sous un délai de 15 jours calendaires, de toute modification survenant dans sa situation juridique, notamment par acquisition, vente, fusion etc.

Le Souscripteur est en outre tenu d'informer la Mutuelle, sous un délai de 15 jours calendaires, de l'existence d'une procédure de sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire qui serait déclenchée à son encontre. Les dispositions de l'article L.622-13 du Code de commerce seront applicables.

7.2 Obligations d'information pesant sur les Membres participants :

a) Pour l'ouverture des garanties

L'affiliation de chaque Membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis par la Mutuelle via le Souscripteur.

Ainsi, chaque salarié remplissant les conditions définies à l'article 4.2 a) est tenu de remplir et de signer un Bulletin Individuel d'Affiliation et de joindre l'ensemble des éléments visés audit Bulletin Individuel d'Affiliation.

Le salarié indique notamment, dans le Bulletin Individuel d'Affiliation l'Option facultative à laquelle il choisit d'adhérer, ainsi que ses Ayants droit affiliés, le cas échéant, à titre obligatoire et ceux auxquels il choisit d'étendre ses garanties.

Chaque salarié affilié reçoit une carte d'adhérent.

a) Pour informer le Souscripteur ou la Mutuelle en cas de modification de leur situation

En cas de changement intervenant, au cours du Contrat, dans sa situation personnelle (fin de cas de dispense d'adhésion, changement de la situation de famille, changement de régime obligatoire, d'adresse, de coordonnées bancaires, etc.) le Membre participant doit le déclarer à son employeur (le Souscripteur) qui transmettra l'information à la Mutuelle, conformément aux dispositions de l'article 7.1 ci-dessus.

Cette déclaration doit intervenir dans le mois suivant la modification.

7.3 Obligations d'information du Souscripteur envers les Membres participants : remise de la notice d'information

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, le Souscripteur s'engage à remettre à chaque Membre participant une notice d'information établie par la Mutuelle, qui définit les garanties prévues au Contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice, ainsi que les statuts de la Mutuelle et, le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle à chaque Membre participant.

De la même manière, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Adhérents, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Adhérent en lui remettant une notice modificative (ou un avenant ou additif) établi à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise, à chaque Adhérent, de la notice, des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur, ainsi que de la notice modificative (ou avenant ou additif) et des informations relatives aux modifications apportées au Contrat, incombe au Souscripteur.

7.4 Obligations d'information de la Mutuelle envers le Souscripteur

a) Information préalable

Avant la souscription du Contrat, la Mutuelle remet au Souscripteur la proposition de contrat ainsi que le document d'information normalisé visé à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité et tout autre document lorsque exigés par les textes en vigueur.

b) En matière de rédaction et de modification de la notice d'information

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, la Mutuelle établit la notice d'information visée à l'article 7.3 ci-dessus, qu'elle remet au Souscripteur.

La Mutuelle établit, en tant que de besoin, la notice modificative du Contrat, selon les mêmes modalités.

c) En matière de frais de gestion et d'acquisition

La Mutuelle communique au Souscripteur, avant la souscription du Contrat puis chaque année, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties, en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes y afférentes.

d) Rapport annuel sur les comptes du Contrat

Conformément aux dispositions de l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 telle que modifiée (« Loi Evin »), la Mutuelle fournit chaque année au Souscripteur un rapport sur les comptes du Contrat.

Article 8. - Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre participant ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, telles définies par les

articles 2240 et suivants du Code civil, et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant ou l'Ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait, conformément aux dispositions de l'article 2240 du Code civil ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure, telle que prévue aux articles 2241 à 2243 du Code civil. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée, tels que visés aux articles 2244 à 2246 du Code civil.

Article 9. - Subrogation / Recours contre tiers

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224-8 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres participants ou de leurs Ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le Membre participant et ses Ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

Article 10. - Clause de sauvegarde

Les prestations et cotisations définies au Contrat ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale ainsi que des dispositions conventionnelles en vigueur au jour de la rédaction des présentes Conditions Générales.

Dans l'hypothèse de modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les engagements de la Mutuelle ne pourront s'en trouver augmentés. Ainsi :

- soit les parties conviendront, par avenant au Contrat, des aménagements nécessaires à apporter aux cotisations et/ou aux prestations,
- soit les prestations resteront acquises sur la base du Contrat, c'est-à-dire que les cotisations et les prestations resteront identiques, en valeurs absolues, à celles appliquées avant les modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale applicables au Contrat, ces modifications ne pouvant en aucun cas venir augmenter, en valeurs absolues, les engagements de la Mutuelle.

Les dispositions du deuxième alinéa du présent article s'appliqueront également en cas de modifications des dispositions de la convention collective et/ou des accords visés en préambule du Contrat relatifs au régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de soins de santé institué pour les salariés des entreprises relevant desdits accords.

Article 11. - Réclamations et Médiation

11.1 Traitement des réclamations

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement du Souscripteur ou du Membre participant et/ou un désaccord envers la Mutuelle, qu'il soit fondé ou non.

Le Souscripteur ou le Membre participant peut adresser une réclamation en adressant un courrier au service en charge des réclamations de la Mutuelle, à l'adresse suivante :

Mutuelle Entrain – Service des Réclamations, 17 ter rue Leenhardt - 34000 Montpellier,

ou en envoyant un email à l'adresse suivante :

pole.reclamation@mutuelle-entrain.fr

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception, sauf si la réponse à la réclamation est adressée à l'intéressé dans ce délai.

La Mutuelle adresse au Souscripteur ou au Membre participant, selon le cas, une réponse à sa réclamation dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de la réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont la Mutuelle le tiendrait informé.

11.2 Médiation

En cas de désaccord ou de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du Contrat, et après épuisement de la procédure de traitement des réclamations prévue à l'article 11.1 ci-dessus, le Membre participant peut, sous réserve des précisions ci-après, saisir le médiateur de la Mutualité Française.

Ce dispositif de médiation est ouvert au Membre participant pour tous litiges portant sur l'exécution du Contrat, dès lors que :

- le Membre participant a tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle, dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions de l'article 11.1 ci-avant et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation ;

- son litige ne fait, ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;
- son dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.

A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur.

Le dossier, constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à adresser :

- soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15
- soit par saisine en ligne, en procédant directement à la saisie sur le site de la FNMF - page accessible au moyen du lien suivant : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

Le recours à la médiation est gratuit pour le Membre participant.

Article 12. - Contrôle médical

Les différends d'ordre médical auxquels peut donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par la Mutuelle. En cas d'expertise médicale, le Membre participant ou son Ayant droit pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de désaccord entre le médecin du Membre participant ou de son Ayant droit et le médecin de la Mutuelle, les parties choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du Membre participant ou de son Ayant droit, saisi à l'initiative de la partie la plus diligente.

L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le Membre participant ou son Ayant droit et pour la Mutuelle, qui supporteront chacun par moitié les frais de sa nomination.

Article 13. - Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, et ce, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation, même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 14. - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (« ACPR »), dont le siège social est situé au 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Article 15. - Protection des données à caractère personnel et opposition au démarchage téléphonique

Article 15.1. Protection des données à caractère personnel

Des informations sont recueillies au titre du présent Contrat par Mutuelle Entrain en qualité de responsable de traitement dans la limite stricte de ses besoins aux fins de suivi des dossiers adhérents, pour l'exécution des prestations contractées, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle telle que régie par les dispositions statutaires de cette dernière. Mutuelle Entrain traite également ces données à fins de réaliser des enquêtes sur la satisfaction des adhérents et élaborer des statistiques relevant de son intérêt légitime. Enfin, en tant que Mutuelle de Livre II, Mutuelle Entrain est également tenue d'utiliser les informations recueillies aux fins de se conformer au dispositif légal de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme. Aussi, les traitements de données mis en œuvre sont fondés sur l'exécution du contrat, sur l'intérêt légitime de la Mutuelle ainsi que sur ses obligations légales. Le traitement de données peut aussi avoir pour finalité la prospection commerciale, fondée sur le consentement de la personne concernée.

Les données collectées ont un caractère obligatoire et toute donnée manquante ou champs non complétés ne permettront pas à Mutuelle Entrain de traiter les adhésions. En cas de fausses déclarations ou d'omission, les conséquences pourront être la nullité du contrat souscrit ou la réduction des indemnités versées. Nous sommes légalement tenus de vérifier que les données collectées sont exactes, complètes et si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi solliciter les adhérents pour vérifier ou être amenés à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leur e-mail s'ils nous ont écrit un courrier électronique).

Elles seront conservées pendant la durée nécessaire à la réalisation des finalités, en conformité avec les textes applicables. Ainsi, les données sont conservées pour une durée de trois ans à compter du dernier contact ou du terme du contrat mutualiste. Au terme de ce délai de trois ans, nous sommes susceptibles de reprendre contact avec la personne concernée afin de savoir si elle souhaite continuer à recevoir des sollicitations commerciales. En l'absence de réponse positive et explicite, les données seront supprimées. Les données à caractère personnel permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat sont quant à elles archivées conformément aux dispositions et délais de prescription en vigueur.

Les informations sont destinées aux services de Mutuelle Entrain, aux services des sous-traitants et partenaires de la mutuelle, ainsi qu'aux organismes sociaux et tiers habilités dans le cadre des textes applicables et dans la stricte limite de leurs besoins. Les données de contact sont également transférées au partenaire chargé de la diffusion du magazine Viva aux fins de mise en œuvre de l'abonnement offert sous réserve d'opposition expresse de l'adhérent.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, la personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité (lorsqu'il s'applique) des données personnelles les concernant, d'un droit de limitation et d'opposition à leur traitement, ainsi que du droit de retirer leur consentement (le cas échéant).

Les adhérents disposent également du droit de définir des directives générales ou particulières relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès ainsi qu'au droit d'accès des tiers désignés pour l'établissement d'un préjudice que les adhérents auraient subis de leur vivant et dont ils souhaiteraient obtenir réparation postérieurement à leur décès auprès des juridictions compétentes. Seules les directives particulières relatives aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par Mutuelle Entrain seront enregistrées par celle-ci. Pour exercer ces droits, les adhérents doivent s'adresser au service DPD de Mutuelle Entrain à l'adresse dpd@mutuelle-entrain.fr. Ils disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou via le portail CNIL (www.cnil.fr).

15.2. Opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, l'Adhérent devra avoir exprimé son consentement explicite pour recevoir des sollicitations commerciales par téléphone de la part de la Mutuelle. À défaut, aucune prospection téléphonique ne pourra être effectuée.

CHAPITRE II – LES COTISATIONS

Article 16. - Taux et montants de cotisations

Les prestations objet du Contrat sont assurées par la Mutuelle en contrepartie du versement des cotisations.

Les cotisations sont annuelles et exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale. Elles peuvent aussi être exprimées en euros.

Elles varient donc en fonction de l'évolution de ce plafond de la Sécurité sociale.

Article 17. - Evolution des cotisations

17.1 Révision annuelle

A chaque échéance annuelle, les cotisations sont réévaluées en fonction des résultats techniques de la gamme Santé Collective, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Ainsi, chaque année, avant le 31 octobre, la Mutuelle communique au Souscripteur, pour l'année qui suit, l'évolution envisagée des cotisations.

17.2 Révision en cas de modification de l'environnement légal et réglementaire

En cas de modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les parties s'engagent à se concerter au plus tôt, pour réviser, par avenant, les cotisations et/ou les prestations afin de tirer les conséquences de ces modifications et d'aménager le Contrat.

Jusqu'à la date d'effet de nouvelles conditions résultant desdits aménagements ainsi négociés, ainsi que dans l'hypothèse d'un défaut d'accord des parties, il sera fait application de la clause de sauvegarde prévue à l'article 10 du Contrat.

17.3 Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le Contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du Souscripteur en ce qui concerne les garanties obligatoires du Socle Entreprise et à la charge du Membre participant en ce qui concerne les garanties facultatives (Extension facultative Socle Entreprise et Option facultative), et sont payables en même temps que les cotisations.

Article 18. - Appel des cotisations - Modalités de règlement des cotisations

Les cotisations sont appelées et payables mensuellement, à terme échu.

Selon ce qui est spécifié aux Conditions Particulières :

- soit le Souscripteur est responsable du paiement de l'ensemble des cotisations du Contrat, à savoir les cotisations afférentes au Socle Entreprise (part patronale et part salariale) et les cotisations afférentes aux éventuelles Extension facultative Socle Entreprise et Option facultative, souscrites par les salariés et dues par ces derniers. Le Souscripteur opère dans ce cas au moyen d'un précompte sur salaire pour la part salariale due au titre du Socle Entreprise ainsi que pour les éventuelles Extension facultative Socle Entreprise et Option facultative. Le paiement peut être effectué par le Souscripteur au moyen d'un prélèvement bancaire, ou par chèque ou par virement.
- soit le Souscripteur n'est responsable que du paiement des cotisations afférentes au Socle Entreprise (part patronale et part salariale prélevée au moyen d'un précompte sur salaire) - qui peut être effectué au moyen d'un prélèvement bancaire, ou par chèque ou par virement - et les salariés sont quant à eux responsables individuellement du paiement des cotisations afférentes aux éventuelles Extension facultative Socle Entreprise et Option facultative qu'ils ont souscrites, lesquelles sont prélevées sur leur compte bancaire.

Article 19. - Régularisation des cotisations

A la lumière des données concernant les effectifs communiqués par le Souscripteur à la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article 7.1 ci-avant, une régularisation des cotisations versées sera, en tant que de besoin, effectuée par la Mutuelle.

Cette régularisation se fera selon une périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, selon la périodicité indiquée aux Conditions Particulières.

Article 20. - Défaut de paiement des cotisations

20.1 Au titre des cotisations des garanties du Socle Entreprise (part salariale précomptée et part patronale) et des autres cotisations précomptées par le Souscripteur

Mutuelle Entrain, 5 boulevard Camille Flammarion, 13001 Marseille, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité
et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 558 778.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 I du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive du Souscripteur et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après l'envoi, par la Mutuelle, de la mise en demeure au Souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le Membre participant est quant à lui informé par la Mutuelle qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat, sauf si le Membre participant entreprend de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le Contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours mentionné ci-dessus.

Le Contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

20.2 Au titre des cotisations non précomptées

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité, dans le cadre de l'Extension facultative Socle Entreprise et de l'Option facultative pouvant être souscrites par le Membre participant, à titre facultatif, il peut être mis fin à la garantie du Membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de l'échéance.

L'exclusion de la garantie facultative ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de cette mise en demeure, le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de sa cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au Contrat. L'exclusion desdites garanties ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement de prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

CHAPITRE III – LES PRESTATIONS

Article 21. - Objet et étendue de la garantie

21.1 Objet de la garantie complémentaire santé

Les garanties « complémentaire santé » prévues au Contrat ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de garantir aux Membres participants et le cas échéant à leurs Ayants droit le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en

complément des remboursements effectués par les régimes obligatoires au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les conditions et limites fixées dans le Contrat.

21.2 Prestations garanties

Les prestations garanties sont détaillées dans le tableau de prestations figurant en annexe II « grille de prestations ».

L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant, et pour chaque garantie mentionnée à l'annexe II, ce dans les conditions et limites prévues au Contrat.

21.3 Base de remboursement

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- soit sur des bases forfaitaires.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont indiquées en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la rédaction des présentes Conditions Générales.

Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé conventionnés).

Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reste identique aux taux pratiqués en France. La Mutuelle ne rembourse que sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française, uniquement dans les cas où cette dernière intervient, et ce, dans le cadre des « contrats responsables » (cf. article 22.2 infra).

21-4 Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant, et pour chaque garantie mentionnée à l'annexe II, ce dans les conditions et limites prévues au Contrat.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet du Contrat ou de l'adhésion du Membre participant, ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

21.5 Limite des remboursements – principe indemnitaire

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

21.6 Evolution de la réglementation de l'Assurance Maladie

Toute modification des prestations et/ou taux de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire ne pourra avoir pour conséquence d'augmenter les engagements de la Mutuelle, qui resteront, en valeurs absolues, en niveau, comme en montant, tels que définis avant ces modifications.

Article 22. - Conformité aux critères des contrats responsables

22.1 Principes

Comme indiqué à l'article 1.1 ci-avant, les garanties proposées par le Contrat répondent aux conditions des articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la sécurité sociale (ci-après CSS) ; elles sont solidaires conformément à l'article L.862-4 dudit Code et responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du même Code.

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

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

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

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

Le cahier des charges des contrats responsables a été complété par le décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025 (JO du 27 novembre 2025), qui intègre de nouvelles obligations de prise en charge. Depuis le 1^{er} décembre 2025, les contrats responsables doivent couvrir la location de courte durée de certains fauteuils roulants et véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH). Depuis le 1^{er} janvier 2026, ils doivent également prendre en charge les prothèses capillaires de classe I et II. Ces

prestations s'ajoutent aux obligations déjà prévues par les précédentes réformes, notamment celles issues du décret du 18 novembre 2014 et de la réforme "100 % santé".

L'article 22.2 ci-après détaille les planchers de prise en charge et autres conditions inhérentes aux contrats responsables.

22.2 Caractéristiques des contrats responsables

A la date d'impression des présentes Conditions Générales, une couverture complémentaire santé doit, pour être responsable, prévoir ce qui suit :

1°) Des prises en charge obligatoires en soins de ville et d'hospitalisation :

- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale (= 100% du Ticket modérateur) pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de l'article précité ;
- La prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale (tarif journalier hospitalier)**, sans limitation de durée.

2°) L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

Les dépassements tarifaires des médecins **n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge **dans la double limite** de 100 % du tarif de responsabilité **et** du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité. Les DPTM sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO).

3°) Des prises en charge en dentaire, optique et des aides auditives :

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100% santé ».

Le dispositif 100 % santé a pour objectif de proposer un ensemble de prestations d'optique, d'aide auditive et de prothèses dentaires, définis réglementairement (actes des paniers « 100% santé ») et remboursées intégralement par l'assurance maladie obligatoire et les organismes de complémentaires santé, donc sans frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les honoraires limites de facturation ou les prix limites de vente.

Remboursement Optique médicale : Le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- **Equipements de classe A (« 100% Santé »)** tels que définis dans la Liste des Produits et Prestations prévue par l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale (« Liste LPP ») : prise en charge après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (« PLV »). Sont en outre pris en charge, la prestation d'appairage pour des

verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste LPP.

- **Equipements de classe B (« à tarifs libres »)** : si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros (remboursement de l'assurance maladie obligatoire inclus).

La prise en charge d'un équipement (deux verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste LPP mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de sécurité sociale (notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue).

Dispositifs médicaux d'aides auditives : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- **Equipements de Classe I (« 100% Santé »)** tels que définis dans la Liste LPP : prise en charge après intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV).
- **Equipements de Classe II (« à tarifs libres »)** : prise en charge par le contrat responsable à hauteur du ticket modérateur. Si le Contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.
- Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Frais de soins dentaires prothétiques : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :

- **Actes appartenant au dispositif « 100% Santé »**, avec Honoraires Limites de Facturation : prise en charge, après intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation.
- Actes appartenant au panier de soins à « **reste à charge maîtrisé** », avec honoraires limites de facturation : prise en charge par le contrat responsable à hauteur du ticket modérateur.
- Actes appartenant au panier de soins « **à tarifs libres** », sans honoraires limites de facturation : prise en charge par le contrat responsable à hauteur du ticket modérateur.

3° bis) Des prises en charge obligatoires de dispositifs médicaux inscrits à la LPP :

Conformément aux évolutions du cahier des charges des contrats responsables issues du décret du 26 novembre 2025, les contrats responsables prévoient également :

- La prise en charge de la location de courte durée de certains fauteuils roulants et véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH), pour une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois, telle que définie dans la Liste des Produits et Prestations (LPP). Cette obligation s'applique depuis le 1^{er} décembre 2025.
- La prise en charge des prothèses capillaires de classe I et de classe II, dans les conditions prévues par la LPP, depuis le 1^{er} janvier 2026.

Ces prestations s'ajoutent aux obligations déjà prévues pour les dispositifs médicaux relevant du panier « 100 % santé » ou des paniers à reste à charge maîtrisé.

4°) Des exclusions de prise en charge :

Ne sont pas pris en charge au titre du caractère « responsable » du Contrat :

- **La participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux telle que mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, telles mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes effectués hors parcours de soins (majoration de participation des Adhérents et de leurs Ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ;**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins, tel que visé au 18° de l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale,**
- **Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.**

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration des présentes Conditions Générales s'appliqueront immédiatement afin de conserver au Contrat son caractère responsable.

5°) La possibilité de bénéficier du tiers payant :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de cette garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, la Mutuelle applique également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties relatives aux équipements et soins appartenant au dispositif « 100% Santé ».

22.3 Evolution

Conformément à l'article L 221-5 III du Code de la Mutualité, la modification du Contrat proposée par la Mutuelle visant à le mettre en conformité avec les règles relatives au cahier des charges des contrats responsables est constatée par une lettre-avenant. Elle est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur.

La Mutuelle informe par écrit le Souscripteur qui porte à la connaissance des Adhérents les nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix.

Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition.

Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Adhérents par le Souscripteur.

Les Membres participants seront informés des adaptations apportées au Contrat, conformément aux dispositions de l'article 7.3 ci-dessus.

Article 23. - Action sociale - Services associés

23.1 Fonds social et d'action sanitaire

Les Membres participants bénéficieront, en cette qualité, du fonds social et d'action sanitaire institué au sein de la Mutuelle et doté chaque année par son assemblée générale.

Le fonds social et d'action sanitaire de la Mutuelle est destiné :

- à accorder une aide particulière aux Membres participants ou le cas échéant leurs Ayants droit, pour des aides à l'occasion d'événements familiaux exceptionnels (sur dossier) ;
- à soutenir des actions concourant à la réalisation des objets de la Mutuelle (actions de prévention, de solidarité et d'entraide).

Les modalités de fonctionnement de ce fonds sont décrites dans le règlement intérieur de la Mutuelle, les aides, secours et autres actions étant alloués dans la limite de la dotation annuelle votée par l'assemblée générale. Ce fonds ne peut en aucun cas être supérieur à 3 % des cotisations brutes perçues dans l'année.

23.2 Services associés

Les services associés, le cas échéant, aux prestations du Contrat, sont décrits dans la(les) notice(s) d'information remise(s) aux adhérents.

Article 24. - Date d'effet de la couverture

24.1 Prise d'effet de l'affiliation obligatoire au Socle Entreprise

Sous réserve de l'accomplissement des formalités prévues aux articles 7.1 et 7.2 du présent Contrat et du paiement de la cotisation correspondante, l'affiliation obligatoire au Socle Entreprise prend effet :

a) Pour le Membre participant :

- à la date de prise d'effet du Contrat, qui démarre le 1^{er} jour du mois sauf disposition contraire prévue aux Conditions Particulières, pour les salariés présents à l'effectif du Souscripteur à cette date et répondant aux conditions définies au présentes Conditions Générales ou, en cas de dérogation, aux Conditions Particulières ;
- à compter de la date d'entrée du salarié dans le groupe assuré, lorsqu'elle est postérieure à la date d'effet du Contrat, sous réserve d'avoir été déclaré à la Mutuelle dans les trente (30) jours de ladite date d'entrée. Faute de quoi, l'affiliation ne prendra effet qu'à compter de la date de réception, par la Mutuelle, de la déclaration de l'employeur ;

- à la date à laquelle le salarié qui bénéficiait d'une dispense d'affiliation cesse d'en bénéficier.

b) Pour l'Ayant droit :

- à la même date que celle du Membre participant, si la demande se fait simultanément (c'est-à-dire lors de l'Affiliation du Membre participant) ;
- à la date de modification de la situation familiale du salarié (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès d'un conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclarée à la Mutuelle dans un délai de 3 mois ;
- à la date à laquelle l'Ayant droit qui bénéficiait d'une dispense cesse d'en bénéficier.

24.2 Prise d'effet de l'affiliation facultative des Ayants droit à l'Extension facultative Socle Entreprise

Conformément aux dispositions de l'article 5. ci-avant, lorsque le Souscripteur ne choisit pas l'affiliation obligatoire des Ayants droit, le salarié peut souscrire, à titre facultatif, à l'Extension facultative Socle Entreprise, pour garantir ses Ayants droit non affiliés à titre obligatoire.

A l'instar des Options facultatives, l'affiliation des Ayants droit à l'Extension facultative Socle Entreprise prend effet dans les conditions prévues par l'article 24.3 b) ci-après. Dans ce cas, il y a lieu d'entendre « Extension facultative Socle Entreprise » là où est stipulé « Options facultatives ».

24.3 Prise d'effet des Options facultatives et des changements d'Options facultatives

a) Pour le Membre participant :

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- à la date d'affiliation au Socle Entreprise, lorsque la demande d'adhésion à une Option facultative est concomitante à la demande d'affiliation au Socle Entreprise ;
- lorsque l'adhésion à l'Option facultative n'est pas concomitante à l'affiliation au Socle Entreprise, elle prend effet le 1^{er} jour du troisième (3^{ème}) mois suivant la demande (moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois).
- à la date permettant l'absence d'interruption de la couverture du Membre participant, en cas d'application de la procédure visée à l'avant dernier alinéa de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité.

L'adhésion est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

En cas de demande de modification de l'Option facultative conformément aux dispositions de l'article 6.3 ci-avant, le changement d'Option facultative prend effet le 1^{er} jour du troisième (3^{ème}) mois suivant la demande.

En cas de changement d'Option facultative formulée par le Membre participant, ce changement d'Option facultative s'applique automatiquement et concomitamment à ses Ayants droit.

b) Pour les Ayants droit :

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- à la même date que celle du Membre participant, si la demande se fait simultanément (c'est-à-dire lors de l'Adhésion du Membre participant à l'Option facultative);
- au 1^{er} janvier suivant la demande d'affiliation de l'Ayant droit, lorsqu'elle est postérieure à l'affiliation du Membre participant, et moyennant un préavis minimum de deux (2) mois (demande devant être adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre) ; La Mutuelle peut toutefois accepter, à titre exceptionnel, de déroger à ce principe si la situation spécifique du Membre participant le justifie. Les demandes de dérogation seront traitées au cas par cas ;
- par exception aux dispositions du paragraphe précédent :
 - en cas de modification de la situation familiale du Membre participant (hors naissance et adoption), le 1^{er} jour du mois civil suivant réception de la demande, à condition que celle-ci soit formulée dans le mois suivant l'évènement ;
 - en cas de naissance ou d'adoption, le 1^{er} jour du mois en cours si la demande parvient à la Mutuelle dans les trente (30) jours suivant l'évènement ; à défaut, le 1^{er} jour du mois suivant réception de la demande par la Mutuelle.

Article 25. - Règlement des prestations / pièces justificatives / Télétransmission / Tiers Payant

25.1 Règlement des prestations / pièces justificatives

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations :

- au vu des décomptes de la Sécurité sociale ;
- au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- sur présentation de pièces justificatives des dépenses réelles, notamment l'original de la facture nominative portant la mention « acquittée » avec le cachet et la signature du professionnel de santé, la prescription médicale ;
- et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Plus précisément :

- Pour la prise en charge des prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dans le cas où elles sont prévues à la garantie :
 - toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé ;
 - notification du refus opposé par le Régime Obligatoire si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué, factures nominative.

- Pour le service des prestations forfaitaires dans le cas où elles sont prévues à la garantie : justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

Les prestations garanties sont versées soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant), soit directement aux Membres participants ou le cas échéant à leurs Ayants droit assurés. Dans ces derniers cas, les remboursements sont effectués en euros, par virement sur le compte bancaire indiqué par l'Adhérent. Le compte bancaire de l'Adhérent devra être domicilié en France ou dans un pays faisant partie de la zone SEPA

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'assurance maladie obligatoire intervenant pour sa part.

Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'assurance maladie obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

Les documents justificatifs doivent être adressés à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans, courant à partir de la date d'émission du décompte ou de la facture. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement.

25.2 Télétransmission

Sauf refus de l'Adhérent, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'assurance maladie obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE.

Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, en cas de contrôle, l'Adhérent doit, sur simple demande de la Mutuelle, lui présenter les originaux des décomptes du régime obligatoire ou des factures correspondant aux remboursements perçus au cours des six derniers mois.

À défaut d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'assurance maladie obligatoire.

25.3 Tiers Payant

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant.

Dans ce cadre, dans le mois suivant l'adhésion, l'Adhérent recevra une carte mutualiste de tiers payant attestant de son adhésion à la Mutuelle. Cette carte est également valable pour les Ayants droit rattachés à l'Adhérent. La carte mutualiste est délivrée annuellement et renouvelée automatiquement.

Le tiers payant est effectué conformément aux obligations liées au caractère responsable du Contrat, mais également pour les prestations suivantes :

- radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste remise par la Mutuelle à ses Adhérents,
- hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.

L'usage frauduleux s'entend de l'utilisation par l'Adhérent de la carte mutualiste alors qu'il n'est plus bénéficiaire des garanties, ou de toute autre personne agissant en connaissance de cause, dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, en cas de modification ou de cessation des garanties, l'Adhérent doit cesser d'utiliser la carte mutualiste et la renvoyer à la mutuelle.

Article 26. - Fin de la couverture

26.1 Cessation de l'affiliation obligatoire au Socle Entreprise

L'affiliation au Socle Entreprise cesse, pour le Membre participant et, le cas échéant, pour ses Ayants droit affiliés à titre obligatoire :

- à la date de résiliation du Contrat par le Souscripteur ou par la Mutuelle, quel qu'en soit le motif ;
- à la date de rupture du contrat de travail du Membre participant, quel qu'en soit le motif, sous réserve, le cas échéant, des stipulations relatives au maintien de garanties prévues aux articles 27.2 et 27.3 ci-après ;
- à la date où le Membre participant ne remplit plus les conditions requises pour être affilié au Contrat ;
- au jour du décès du Membre participant, sous réserve de l'application de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les Ayants droit (cf. article 27.3 ci-après).

La cessation de l'affiliation du Membre participant au Socle Entreprise entraîne automatiquement la cessation des garanties de ses Ayants droit inscrits, tant au titre de l'Extension facultative Socle Entreprise que de l'Option facultative, sous réserve toutefois de l'application de l'article 4 de la loi Evin (cf. article 27.3 ci-après).

Par ailleurs, la perte de la qualité d'Ayant droit, telle que définie au Contrat, entraîne, pour la personne concernée, la fin de son affiliation.

26.2 Cessation de l'affiliation facultative des Ayants droits au Socle Entreprise

A l'instar des Options facultatives, l'affiliation des Ayants droit à l'Extension facultative Socle Entreprise prend fin dans les conditions prévues par l'article 26.3 ci-après. Dans ce cas, il y a lieu d'entendre « Extension facultative Socle Entreprise » là où est stipulé « Option facultative ».

26.3 Cessation de l'adhésion aux Options facultatives

a) Perte des conditions d'affiliation au Socle Entreprise

Conformément à l'article 6.1 ci-avant, l'adhésion du Membre participant et le cas échéant, de ses Ayants droit, à une Option facultative est indissociable de l'affiliation au Socle Entreprise ; elle prend donc automatiquement fin à la date à laquelle l'affiliation au Socle Entreprise prend elle-même fin, et ce, quelle qu'en soit la cause.

b) Résiliation annuelle

Le Membre participant peut résilier son adhésion à une Option facultative, à effet au 31 décembre de chaque année, en adressant à la Mutuelle, au plus tard le 31 octobre de l'année, une notification transmise par l'un quelconque des moyens ci-dessous, conformément aux dispositions des articles L.221-10 et L.221-10-3 du Code de la mutualité :

- par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique,
- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social de la Mutuelle,
- par acte extrajudiciaire,
- si l'affiliation à l'Option facultative a été effectuée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

c) Résiliation infra-annuelle

Le Membre participant peut résilier l'adhésion à une Option facultative, après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, sans frais ni pénalités. La résiliation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'adhérent. Dans ce cas, le Membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au Membre participant dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où le Membre participant souhaite résilier son adhésion à l'Option facultative pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, ce dernier effectue, pour le compte du Membre participant souhaitant le rejoindre, les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité. Cet organisme et la Mutuelle s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du Membre participant.

La notification de la résiliation est effectuée par le Membre participant par tout moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, à savoir les moyens indiqués au paragraphe b) ci-dessus.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

d) Résiliation en cas de modification des Options facultatives

En cas de modification de ses droits et obligations, le Membre participant peut résilier son adhésion à l'Option facultative dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice, conformément aux dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

L'adhésion prend alors fin le dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle reçoit la lettre de résiliation ou, si cette date est postérieure, à la date d'effet des modifications notifiées par la Mutuelle.

e) En cas de non-paiement des cotisations

Les Options facultatives prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations y afférentes, dans les conditions prévues à l'article 20 ci-avant.

f) Perte de la qualité d'Ayants droit du Membre participant

L'adhésion des Ayants droit cesse à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'Ayants droit au sens de l'Annexe I du Contrat et, en tout état de cause, à la date à laquelle cesse l'adhésion du Membre participant.

g) Conséquences de la résiliation

Aucune prestation au titre de l'Option facultative ne peut être servie au Membre participant, ou le cas échéant à ses Ayants droit, après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient réunies avant cette date. A défaut, la Mutuelle pourra en exiger le remboursement par tout moyen

La résiliation de l'adhésion du Membre participant à l'Option facultative choisie emporte également celle de ses Ayants droit.

Article 27. - Maintien de garanties

27.1 En cas de suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien d'office des garanties

Les garanties du Contrat sont maintenues au profit des salariés Membres participants dont le contrat de travail est suspendu pendant la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur et versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou encore dès lors qu'ils bénéficient d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce dernier cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunérée par l'employeur (reclassement, mobilité ...).

Dans ce cas, le Souscripteur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au Socle Entreprise, étant précisé que la part patronale continue à être versée par le Souscripteur selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.

L'Adhérent, quant à lui, s'acquitte de la part salariale afférente aux cotisations obligatoires du Socle Entreprise selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité. Il s'acquitte également des cotisations afférentes à l'Extension facultative Socle Entreprise et aux Options facultatives, qu'il a souscrit(e)s le cas échéant, selon les modalités en vigueur.

b) Maintien de garanties à la demande du Membre participant

Les garanties sont suspendues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, et qui ne bénéficient pas, pendant la période de suspension, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. Durant cette suspension aucune cotisation n'est due en ce qui concerne le Membre participant concerné ou ses éventuels Ayants droit, dont les garanties sont suspendues.

La période de suspension intervient de plein droit à la date de suspension du contrat de travail et s'achève à la reprise effective du travail par le Membre participant, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans un délai de 15 jours suivants cette reprise. A défaut, la période de suspension des

garanties prend fin à la date à laquelle la Mutuelle est informée de la reprise effective du travail du Membre participant. Les soins survenus pendant la période de suspension des garanties ne donnent lieu à aucune prise en charge au titre du présent Contrat. Seuls les soins prescrits antérieurement à la date de début de la suspension sont remboursés pendant la période de suspension.

Les Membres participants dont la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à un maintien de salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur peuvent toutefois bénéficier à titre facultatif du maintien de la garantie, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part employeur + part salarié) afférente au Socle Entreprise ainsi que de l'Extension facultative Socle Entreprise et des Options facultatives.

Dans ce cas, les cotisations sont directement réglées par le Membre participant auprès de la Mutuelle.

La demande de maintien doit être formulée par écrit auprès de la Mutuelle. Les garanties prennent effet le premier jour de la suspension du contrat de travail dès lors que la demande de maintien à titre facultatif de la garantie est formulée dans le mois suivant le début de la suspension du contrat de travail. A défaut, elle prend effet le 1er jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande.

Le maintien à titre facultatif de la garantie cesse :

- A la date de fin de suspension du contrat de travail du Membre participant ;
- A la date d'effet de la résiliation de la garantie, que celle-ci soit notifiée par le Membre participant pour l'échéance annuelle ou à tout autre moment après l'expiration d'un délai d'un an (dans le cadre de la Résiliation Infra Annuelle - RIA), étant précisé que cette résiliation est alors définitive ;
- En cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu à l'article 20 ci-dessus ;
- A la date d'effet de la résiliation du Contrat ;
- A la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, à la date de cessation du contrat de travail, au jour du décès du Membre participant, sous réserve des dispositions des articles 27.2 et suivants ci-après.

27.2 Au titre de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale – dispositif de portabilité pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage (France Travail)

a) Conditions et bénéficiaires

Les anciens salariés bénéficient du maintien de garanties en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Il est applicable dans les mêmes conditions aux Ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement de la garantie à la date de la cessation du contrat de travail.

Les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant, leurs Ayants droit bénéficient des garanties du Contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs du Souscripteur. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés et,

le cas échéant, de leurs Ayants droit, bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits est financé par mutualisation ayant pour effet de dispenser employeur et ancien salarié de toute contribution financière au départ du salarié.

b) Prise d'effet et durée

Le maintien de la garantie est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, **dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.**

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.

Il est précisé que la suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour quelle que cause que ce soit, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prorogée d'autant.

c) Cessation

Le maintien des garanties cesse, tant pour le salarié que pour ses Ayants droit :

- lorsque l'ancien salarié ne remplit plus les conditions fixées à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ;
- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier de sa prise en charge par l'assurance chômage ;
- à la date de reprise, d'une activité professionnelle ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de base de la Sécurité sociale ;
- au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale ;
- en cas de résiliation pour quelque motif que ce soit du présent Contrat ;
- en cas de décès.

d) Obligation d'information du Souscripteur

L'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe la Mutuelle de la cessation du contrat de travail dès sa survenance.

A l'égard de l'ancien salarié :

Le Souscripteur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail des anciens salariés.

Le Souscripteur s'engage aussi à remettre à l'ancien salarié, l'exemplaire du « bulletin de portabilité » que la Mutuelle lui a fourni, après avoir rempli la partie le concernant, au plus tard cinq (5) jours après la rupture du contrat de travail.

En cas de modification de leurs droits et obligations intervenues postérieurement à la cessation de leur contrat de travail, le Souscripteur s'engage à remettre aux anciens salariés la notice d'information

fournie par la Mutuelle relative à ces modifications. La preuve de la remise de cette notice incombe au Souscripteur.

Le Souscripteur informe également les anciens salariés de la résiliation du Contrat, en indiquant les conséquences que cela peut avoir sur leur maintien de garanties.

A l'égard de la Mutuelle :

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, le Souscripteur informe la Mutuelle, dans un délai de cinq (5) jours, de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires de ce dispositif de portabilité.

e) Obligation d'information à la charge de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de la Mutuelle de sa prise en charge par l'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de portabilité.

L'ancien salarié doit adresser à la Mutuelle un bulletin de portabilité des droits et une nouvelle carte de tiers payant lui sera adressée ainsi qu'une attestation des droits.

27.3 Au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues par l'article 2 de la même loi (c'est-à-dire soit sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur, contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité) peuvent, bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de garantie, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- **Les anciens salariés**, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite (sauf cumul emploi-retraite) ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande **dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail** ou, le cas échéant, **dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties dans le cadre de la portabilité dont ils bénéficient** (article 27.2 ci-avant).
- **Les Ayants droit garantis du chef de l'assuré décédé**, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande **dans les six mois suivant le décès**.

Les cotisations concernant les personnes susvisées adhérant dans le cadre de ce dispositif peuvent être supérieures à celles des salariés en activité. En application du décret n°2017-372 :

1° La première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

2° La deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

3° La troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

4° A compter de la quatrième année, les plafonds précités ne sont pas applicables.

La nouvelle couverture prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

27.4 Au titre de l'article 5 de la Loi Evin

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du Contrat, la Mutuelle peut maintenir la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés, sous réserve qu'ils en fassent la demande avant l'expiration du préavis.

ANNEXES

ANNEXE I - GLOSSAIRE

ANNEXE II - GRILLES DE PRESTATIONS

ANNEXE I - GLOSSAIRE

I. Glossaire - Conditions Générales

Les termes employés dans les présentes Conditions Générales avec une majuscule ont le sens qui leur est donné ci-après :

Ayants droit :

Les Ayants droit de l'Adhérent sont définis ci-après :

- son **conjoint** ;
- son **partenaire de Pacs**, avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs). Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas du partenaire de Pacs, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance.
- son **concubin** au sens de l'article 515-8 du Code civil. Dans le cas du concubinage, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).
- les **enfants à charge** répondant à la définition suivante :
 - les enfants à charge du Membre participant ou de son conjoint ou partenaire de Pacs ou concubin, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial :
 - o de moins de 21 ans ;
 - o jusqu'à 26 ans s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ;
 - o jusqu'à 26 ans s'ils sont inscrits à France Travail et non indemnisés par France Travail ;
 - o jusqu'à 26 ans s'ils ont un contrat d'apprentissage.
 - les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Contrat : désigne le présent contrat collectif à adhésion obligatoire, avec extension facultative aux Ayants droit et Options facultatives, qui se compose des Conditions Générales et des Conditions Particulières.

Conditions Générales : désigne les présentes conditions générales qui, avec les Conditions Particulières, forment ensemble le Contrat.

Conditions Particulières : désigne les conditions particulières du Contrat, conclues entre Mutuelle Entrain et le Souscripteur et qui, avec les Conditions Générales, forment ensemble le Contrat.

Mutuelle ou Mutuelle Entrain : désigne la Mutuelle Entrain, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est sis à Marseille (13001), Immeuble Le Massilia, 5 Boulevard Camille Flammarion, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 558 778, qui est l'assureur du Contrat.

Salariés : désigne les salariés du Souscripteur affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale appartenant au personnel visé dans les Conditions Particulières et tels que déclarés par le Souscripteur sur la liste du personnel à assurer.

Souscripteur [ou Employeur] : désigne la personne morale signataire des Conditions Particulières, qui souscrit le Contrat afin de garantir son personnel.

II. Glossaire – Prestations

Aides auditives

Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

A compter du 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Assurance maladie obligatoire :

L'assurance maladie obligatoire comprend l'ensemble des régimes obligatoires français et monégasque couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale, régimes de base

Assurance Maladie Complémentaire :

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou ses Ayants droit, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

ATM (Actes techniques médicaux)

Ils désignent un code utilisé par la classification commune des actes médicaux (CCAM) dans le cadre de la transmission de données entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires.

Le code ATM regroupe les actes techniques médicaux réalisés par les médecins, hors imagerie.

Auxiliaires médicaux :

Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... – dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Base de remboursement :

Tarif de référence de l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;

- Tarif d'Autorité (TA) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Chirurgie Ambulatoire

C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Chirurgie réfractive

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. L'Assurance Maladie Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive

Chambre Particulière/chambre individuelle

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

Consultation médicale

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sagefemme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

Contrat "Responsable et Solidaire"

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire (hormis quelques exceptions) ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (conformément à la réglementation en vigueur du 100% santé) et certaines aides auditives (conformément à la réglementation en vigueur du 100% santé), dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% santé.

Elle peut également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO).

Depuis le 1^{er} décembre 2025, une couverture complémentaire santé responsable doit également prendre en charge la location de courte durée de certains fauteuils roulants, dans les limites prévues par la Liste des Produits et Prestations (LPP), conformément au décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025. Depuis le 1^{er} janvier 2026, elle doit également couvrir certaines prothèses capillaires (classe I et II), dans les conditions définies par l'arrêté du 16 octobre 2025.

En revanche, elle ne doit pas rembourser :

- les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ;
- la participation forfaitaire de 2 euros applicable aux consultations et certains examens médicaux ;
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 1 euro par boîte de médicament).

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

Les contrats « solidaires et responsables » représentent la très grande majorité des contrats offerts sur le marché.

Conventionné / non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que le prestataire des soins professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

1/ Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif conventionnel. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

À compter de 2019 et progressivement, le tarif de certaines prothèses dentaires sera plafonné. Les chirurgiens-dentistes s'engagent à respecter ces tarifs plafonds. Il en sera de même pour certains équipements d'optique et certaines aides auditives relevant du panier à prise en charge renforcée.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base du tarif de convention, dans les conditions de réalisation des actes et de leur facturation prévues par celle-ci.

Ainsi, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents, souvent appelés de « secteur 2 », peuvent facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et l'orthodontie. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention.

2/ Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence régionale de santé compétente.

Cotisations

Dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé, c'est le montant dû par l'adhérent ou assuré en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services associés proposés par l'organisme complémentaire d'assurance maladie : c'est le prix de la couverture complémentaire santé. On ajoute les taxes auxquelles sont assujetties les couvertures complémentaires santé (taux de 14,07% dans le cas le plus général) pour obtenir le prix à payer.

Cure thermale

C'est un séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

Délai d'Attente

Il s'agit de la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter du jour de la souscription, de l'adhésion à la couverture complémentaire santé ou de son renouvellement ou à l'occasion d'un changement de garantie en cours de contrat. Depuis le 1er janvier 2016, les couvertures complémentaires santé responsables ne peuvent pas prévoir de délai d'attente pour les soins et biens en lien avec le caractère responsable du contrat.

Synonymes : délai ou clause de stage, délai de carence

Demande de Prise en Charge par la Mutuelle

La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...) permet de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré ou adhérent, sur la base d'un devis.

Dentaire

Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie ...

A compter de 2020, dans le cadre du dispositif de soins et d'équipements « à prise en charge renforcée », certaines prothèses dentaires seront remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires introduits et sous réserve que le chirurgien-dentiste respecte les conditions relatives au dispositif de « prise en charge renforcée ».

Dépassement d'Honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires "avec tact et mesure", et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Synonyme : dépassements.

Dispositif de pratiques tarifaires maîtrisés (OPTAM / OPTAM-ACO)

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-ACO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrise (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en anesthésie, chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité d'anesthésie, chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont constitués de tout instrument, appareil, équipement, matière, ou produit, utilisé seul ou en association (y compris les accessoires et logiciels nécessaires à son bon fonctionnement), utilisé à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme.

Les dispositifs médicaux et certaines prestations associées sont pris en charge s'ils sont inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).

Forfait "32 euros"

Pour certains actes dits « lourds », le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire spécifique à la charge de l'assuré.

Depuis le 1er avril 2026, cette participation forfaitaire est fixée à 32 €. Elle s'applique notamment aux actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, qu'ils soient réalisés en ville ou en établissement de santé.

Cette participation forfaitaire ne s'applique pas dans certains cas prévus par la réglementation, notamment lorsque les soins sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire (par exemple en cas d'affection de longue durée, de maternité ou d'accident du travail).

La prise en charge de cette participation forfaitaire par l'assurance maladie complémentaire dépend des garanties prévues par le contrat souscrit.

Synonyme : participation forfaitaire de 32€

Forfait Journalier Hospitalier

Le forfait journalier hospitalier est une somme mise à la charge du patient pour chaque jour d'hospitalisation comportant au moins une nuit dans un établissement de santé. Il constitue une participation forfaitaire aux frais d'hébergement et d'entretien liés à l'hospitalisation.

Son montant est fixé par la réglementation à :

20 € par jour pour les séjours hospitaliers en médecine, chirurgie ou obstétrique ;

15 € par jour pour les séjours hospitaliers en psychiatrie.

Le forfait journalier hospitalier n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

En revanche, il est pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire dits « responsables », conformément à la réglementation en vigueur.

Certaines personnes sont dispensées du paiement du forfait journalier hospitalier, notamment :

les patients hospitalisés à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;

les personnes prises en charge dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;

les femmes enceintes à compter du 1er jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant l'accouchement ;

les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS).

Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.

Frais d'Accompagnement

Ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines couvertures complémentaires santé.

Frais de Séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20% restant) étant systématiquement remboursé par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008. Son montant est de :

- ✍ 1€ par boîte de médicaments ;
- ✍ 1€ par acte paramédical ;
- ✍ 4€ par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4€ par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 8€ par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CSS et de l'Aide Médicale de l'Etat, les femmes enceintes à compter du 1er jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant l'accouchement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé "responsables et solidaires".

Voir également : contrat "responsable et solidaire"

Garantie aux frais réels

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée

Honoraires

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sage-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Honoraires limite de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcée » (100 % santé).

Honoraires de dispensation

Cette rémunération du pharmacien d'officine est destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Il existe cinq honoraires de dispensation :

- un honoraire de dispensation au conditionnement ;
- un honoraire par ordonnance dite complexe (5 lignes et plus de prescription de médicaments remboursables) ;
- un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables* ;
- un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés* ;
- un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques*.

Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70% ou 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse...).

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

Imagerie médicale

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

Implantologie Dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, mais peut en revanche être prise en charge par certaines complémentaires santé.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Inlays et Onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlay composite). Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes Inlay Core

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée. A compter de 2020, cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Médecin Traitant

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

NOEMIE

NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. C'est par ce moyen que l'Assurance Maladie Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un assuré ou adhérent.

Ordonnance

C'est le document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.

Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) d'examen complémentaires (biologie...) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...).

La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ce produit de santé ou la réalisation de cet acte, ainsi que pour leur remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Orthodontie

Il s'agit de la discipline médicale pratiquée par les orthodontistes (médecins stomatologues ou chirurgiens-dentistes). Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'Assurance Maladie Obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants commencé avant l'âge de 16 ans. Ces remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement. Les couvertures complémentaires peuvent compléter les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les couvertures complémentaires peuvent également prendre en charge l'orthodontie des adultes.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursés normalement sans diminution du montant de leur remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé "médecin correspondant", après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Parodontologie

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- ✍ l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;
- ✍ l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines....) ;
- ✍ le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;
- ✍ le contrôle périodique du patient.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

Participation Forfaitaire de deux Euros

La participation forfaitaire de 2 € est une somme laissée à la charge du patient pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, ainsi que pour les examens de biologie médicale et de radiologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Cette participation est due par tous les assurés âgés de 18 ans ou plus, y compris en cas d'affection de longue durée (ALD), quel que soit le respect du parcours de soins coordonné, sauf exceptions prévues par la réglementation.

Sont notamment exonérés du paiement de la participation forfaitaire :

- les enfants et jeunes de moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes à compter du 1er jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant la date de l'accouchement ;
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné :

- à 4 participations par jour pour un même professionnel de santé et un même bénéficiaire ;
- à 50 € par année civile et par personne.

La participation forfaitaire de 2 € ne peut pas être prise en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire dits « responsables ».

Prix limite de vente

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.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Prescription médicale

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Prestations

Il s'agit des montants remboursés à un Adhérent ou ses Ayants droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types.

Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.

Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires («dentiers») qui peuvent s'enlever et qui remplacent généralement plusieurs dents. À compter de 2019, et de façon progressive, les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des honoraires limités selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines prothèses dentaires, entrant dans le panier de soins «100% Santé», les contrats complémentaires responsables prennent en charge, à compter de 2020 et 2021, en plus de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi à l'adhérent ou assuré de n'avoir aucun frais restant à sa charge, sous réserve que les chirurgiens-dentistes respectent les tarifs maximum fixés. Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « 100% Santé » sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite. Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les tarifs maximums fixés pour certaines de ces prothèses qui n'entrent pas dans le panier «100% Santé».

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

Il doit nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier «100% Santé» ou à défaut hors champ du panier «100% Santé» mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe

Réseau de soins

Les réseaux de soins sont créés par des conventions conclues entre des organismes complémentaires d'assurance maladie (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé.

Avec leurs réseaux de soins, les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent offrir des soins de qualité aux adhérents et assurés à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge

Reste à Charge

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de sa complémentaire santé.

Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué :

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

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

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie Obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient comme, par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ». Les médecins ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale d'État

Soins Courants

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en "soins externes") sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

Soins dentaires

C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'Assurance Maladie Obligatoire pour ces soins, sans possibilité de pratiquer des dépassements (à l'exception des inlays-onlays).

Sur complémentaire

Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

Taux de remboursement de l'assurance maladie

Pour déterminer le montant de sa prise en charge, l'Assurance Maladie Obligatoire applique un taux de remboursement à la base de remboursement. Le montant qui en résulte peut-être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La part non remboursée de la base de remboursement est le ticket modérateur.

La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit. Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70% de la base de remboursement pour les actes médicaux ;
- 60% de la base de remboursement pour les actes paramédicaux ;
- 60% de la base de remboursement pour l'appareillage (lunettes, aides auditives, ...) ;
- 100%, 65%, 30% ou 15% pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction de la situation de l'assuré (par exemple 100% en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « hors parcours »).

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation de deux euros ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 32€) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire de deux euros, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

La participation forfaitaire de 2€, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur : il constitue l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Transport

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire, des transports en commun, etc.

Les frais de transport sont remboursés à 65% du tarif de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins pouvant donner les soins appropriés la plus proche. La prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie Obligatoire : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série, des transports en avion ou bateau de ligne, et des transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Vaccins

Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle essentiel dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses. Onze vaccinations sont obligatoires pour les enfants nés depuis le 1er janvier 2018 : il s'agit des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Les autorités définissent chaque année le calendrier des vaccinations obligatoires et de celles qui sont recommandées (par exemple : grippe, papillomavirus).

Les vaccins obligatoires ainsi que la majorité des vaccins recommandés sont remboursés, sur prescription médicale, par l'Assurance Maladie Obligatoire au taux de 65%. L'assurance maladie complémentaire complète le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Et elle peut prendre en charge des vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Certains vaccins sont remboursés à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire pour des catégories de populations ciblées (grippe saisonnière, par exemple pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes atteintes de certaines affections de longue durée, rougeole-oreillons-rubéole pour les enfants et les jeunes de 12 mois à 17 ans révolus).