

REGIME FRAIS DE SANTE

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE
L'IMPORT-EXPORT**

**Entreprises de commission intra-communautaire
et d'importation-exportation
de France métropolitaine (3100).**

CONDITIONS GENERALES au 1^{er} janvier 2018



Afin de permettre aux entreprises **relevant de la Convention collective nationale des entreprises de commission, de courtage et de commerce intracommunautaire et d'importation-exportation de France métropolitaine n° 3100** d'avoir accès à la couverture complémentaire Frais de santé dans de bonnes conditions tarifaires, quels que soient les profils démographiques des bénéficiaires, la commission paritaire a négocié un Contrat National de Référence (conformément à l'article 1 de l'Accord du 23 janvier 2012), lequel a été modifié dernièrement à effet du 01.01.2018.

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement complémentaire de frais de soins de santé dans le cadre d'une coassurance de risques.

Les organismes co-assureurs sont :

→ AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris – Membre du GIE AG2R RÉUNICA;

→ Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé au 29 boulevard Edgar Quinet 75014 Paris ;

Les institutions ci-dessus dénommées relèvent de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout à Paris (75009).

Les deux organismes assureurs susmentionnées porteront les risques à hauteur de 75% des risques pour AG2R RÉUNICA Prévoyance et 25% pour Humanis Prévoyance. AG2R RÉUNICA Prévoyance reçoit une délégation de la part de Humanis Prévoyance pour effectuer le règlement des prestations prévues par le contrat.

SOMMAIRE

TITRE 1 – GENERALITES	3
ARTICLE 1 – OBJET DES CONDITIONS GENERALES	3
ARTICLE 2 - ADHESION DES ENTREPRISES	3
ARTICLE 3 - AFFILIATION DES PARTICIPANTS	4
ARTICLE 4 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES/ LITIGES JUDICIAIRES	6
ARTICLE 5 - INFORMATIQUE ET LIBERTES / LUTTE CONTRE LA FRAUDE	6
ARTICLE 6 - NOTICE D'INFORMATION	7
ARTICLE 7 - PRESCRIPTION	7
ARTICLE 8 - CONTROLE	7
TITRE II – GARANTIE SANTE	7
ARTICLE 9 - GARANTIES	7
ARTICLE 10 - REGIMES	8
ARTICLE 11 - MAINTIEN DES GARANTIES	8
ARTICLE 12 - CESSATION DES GARANTIES	10
ARTICLE 13 – LIMITES DES GARANTIES - EXCLUSIONS	11
ARTICLE 14 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	12
ARTICLE 15 – REGLEMENT DES PRESTATIONS	12
ARTICLE 16 – TIERS PAYANT	13
ARTICLE 17 - COTISATIONS	13
ARTICLE 18 - SERVICE QUALITE	15

TITRE I GENERALITES

ARTICLE 1 – OBJET DES CONDITIONS GENERALES

Les présentes conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises relevant de la Convention collective nationale des entreprises de commission, de courtage et de commerce intracommunautaire et d'importation-exportation de France métropolitaine (ci-après désignée « Convention collective Import-export ») ainsi que les modalités d'affiliation des salariés, au régime de remboursement complémentaire collectif obligatoire des frais de santé établi au sein de la branche.

Les présentes Conditions générales ont été établies conformément aux dispositions prévues par le Contrat National de référence (dernièrement modifié à effet du 01.01.2018) et négocié par les partenaires sociaux de la Convention collective nationale import-export, conformément à l'accord du 23 janvier 2012.

ARTICLE 2 - ADHESION DE L'ENTREPRISE

Principe :

Toute entreprise entrant dans le champ d'application de la Convention collective Import-export peut adhérer au présent régime.

Formalités d'adhésion :

Pour adhérer au régime, chaque entreprise devra retourner à l'organisme assureur :

- ☛ le contrat d'adhésion, dûment rempli, daté et signé ;
- ☛ un état récapitulatif complet du personnel mentionnant pour chaque salarié les nom, prénom, date de naissance, situation de famille, le cas échéant le nombre d'enfants à charge, le numéro de Sécurité sociale ainsi que la date d'embauche au sein de l'entreprise, en distinguant les salariés dont le contrat de travail est suspendu avec indication du motif et de la durée de la suspension (Bulletin individuel d'affiliation).
- ☛ les mouvements de personnel survenus au cours d'un mois ou trimestre devront être récapitulés à l'appui du bordereau de paiement des cotisations (entrée, sortie, date et motif de départ, changement de situation familiale et date).

Prise d'effet et durée de l'adhésion :

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion et vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. L'adhésion implique l'acceptation de toutes les dispositions des présentes Conditions générales.

Elle est ensuite reconduite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

L'adhésion prend fin :

- ☛ au 31/12 de l'année en cas de dénonciation exprimée par lettre recommandée, en respectant un délai de préavis de deux mois, par l'entreprise ou par l'organisme assureur ;
- ☛ à la date à laquelle l'entreprise ne rentre plus dans le champ d'application de la « Convention collective Import-export » ;
- ☛ à la date d'effet de la dénonciation du Contrat National de Référence (les présentes Conditions générales lui étant indissociables) ;

3-1 – Affiliation des salariés

Sous réserve d'application des dispenses d'affiliation, l'entreprise doit affilier obligatoirement l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie de personnel défini au contrat d'adhésion et ce sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local de la Sécurité sociale (Alsace Moselle).

Le cas échéant, certains salariés pourront bénéficier d'une dispense d'affiliation dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur (nonobstant les dispositions relatives à l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et les dispositions relatives aux cas de dispense de droit au sens de l'article L911-7 du code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application, les cas de dispense doivent être expressément mentionnés par l'acte juridique définissant le régime).

Les salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au régime Frais de santé. Dans ce cas, leur affiliation prend effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser et d'être affiliés au régime de remboursement de Frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Chaque salarié dûment affilié dans les formes prévues ci-après bénéficiera du régime de remboursement complémentaire des frais de santé.

Tant qu'il est en vigueur, aucun salarié bénéficiaire ne peut quitter à titre individuel et de son propre fait le présent régime.

Formalité d'affiliation des salariés

L'affiliation des salariés se fait au moyen du bulletin d'affiliation individuel fourni par l'organisme assureur. Chaque salarié devra compléter et signer ce bulletin qui lui est remis via son entreprise (avec apposition du cachet de l'entreprise sur le bulletin d'affiliation individuel).

Ce bulletin comporte les renseignements nécessaires concernant le salarié (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale ...) et le cas échéant, ses ayants droit.

Le salarié donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur (procédure Noémie).

Ce bulletin devra être retourné accompagné de la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE ainsi que toute autre pièce mentionnée au bulletin d'affiliation individuel.

L'entreprise doit retourner à l'organisme assureur les bulletins d'affiliation, accompagnés des pièces justificatives correspondantes, au plus tard dans les 15 jours qui suivent la prise d'effet de l'affiliation.

Date d'effet et cessation de l'affiliation

L'affiliation des salariés a lieu :

- ☛ au plus tôt, à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, pour tous les salariés dont le contrat de travail est en cours à cette même date,
- ☛ à la date d'entrée dans l'effectif de l'entreprise, pour tous les salariés entrant dans la catégorie de personnel prévue au contrat d'adhésion et dont le contrat de travail prend effet postérieurement à l'adhésion de l'entreprise.
- ☛ lorsque le salarié n'est plus en situation de bénéficier de l'un des cas de dispense d'affiliation d'ordre public dans les conditions fixées à l'article 3.1 ci-dessus.

L'affiliation prend fin :

- ☛ à l'expiration du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, à l'exception des

personnes en situation de cumul emploi retraite tel que défini dans les textes en vigueur ou pour les personnes bénéficiant du dispositif de portabilité selon les dispositions prévues à l'article 11-2 ;

- ☛ pour l'ensemble des salariés de toutes les entreprises adhérentes, à la prise d'effet de la résiliation du Contrat d'adhésion ;
- ☛ pour l'ensemble des salariés d'une entreprise adhérente, à la date à laquelle l'entreprise ne relève plus du champ d'application de la Convention collective Import-export ou à la date de résiliation de son adhésion ;
- ☛ à la date d'effet de la dénonciation du Contrat National de Référence (les présentes Conditions générales lui étant indissociables).

Effet de l'affiliation

Le salarié affilié bénéficie du régime de remboursement complémentaire des frais de santé.

3-2 – Affiliation des ayants droit

Les ayants droit du salarié concernés par le présent article sont définis de la manière suivante :

- ☛ **son conjoint** (salarié ou non),
- ☛ **son concubin** au sens de l'article 515-8 du code civil (salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou non avec le salarié. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un PACS avec le salarié, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS délivrée par le Greffe du Tribunal d'instance. Dans le cas où le concubin n'est pas lié au salarié par un PACS et n'est pas ayant droit du salarié au sens de la législation sociale, 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 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).
- ☛ **les enfants à charge** répondant à la définition suivante :
 - Les enfants de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
 - Les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale à savoir :
 - les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants du salarié auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible ou revenu global,
 - Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
 - ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
 - bénéficiaires d'une pension alimentaire que le salarié est autorisé à déduire de son revenu imposable.

Formalités d'adhésion des ayants droit

Les ayants droit sont admis à l'assurance au moyen du bulletin d'affiliation préalablement renseigné et signé par le salarié, lequel est transmis à l'organisme assureur.

Le salarié devra, par ailleurs, s'agissant des ayants droit assurés sociaux en propre, fournir à l'organisme assureur la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE et, selon le cas :

- ☛ s'agissant du conjoint marié : la copie du livret de famille,
- ☛ s'agissant du partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) : la photocopie dudit PACS,

- ☛ s'agissant du concubin : 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 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun),
- ☛ s'agissant des enfants : le justificatif de scolarité ou la copie de la carte d'étudiant et le cas échéant, la photocopie du contrat en alternance, d'apprentissage ou de professionnalisation ou l'attestation d'inscription au Pôle emploi,
- ☛ s'agissant des enfants infirmes et ce quel que soit leur âge : la photocopie de la carte européenne de stationnement pour personnes handicapées ou tout autre justificatif (notification de l'invalidité, attestation du versement de l'AAH).

Pour les ayants droit à charge au sens de la Sécurité sociale, la photocopie de l'attestation papier d'assuré social du salarié qui accompagne la carte VITALE, préalablement transmise par le salarié lors de son affiliation, est suffisante.

Date d'effet et cessation de l'adhésion des ayants droit

Les ayants droit bénéficient du régime de remboursement complémentaire des frais de santé au plus tôt, à la même date d'affiliation que le salarié.

La couverture complémentaire des frais de santé prend fin à la date à laquelle l'ayant droit perd cette qualité et en tout état de cause, le jour où le salarié cesse de bénéficier du régime.

ARTICLE 4 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES / LITIGES JUDICIAIRES

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au bénéficiaire des prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Tout litige judiciaire relatifs aux adhésions et aux prestations, entre l'adhérent et/ou le participant et l'organisme assureur, est, de convention expresse entre les parties au contrat, porté à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de l'organisme assureur.

ARTICLE 5 - INFORMATIQUE ET LIBERTES / LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Les données à caractère personnel traitées par l'organisme assureur sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de la part des bénéficiaires, les informer sur leur offre de produits ou de services.

Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de la part des bénéficiaires, l'organisme assureur pourrait ne pas être en mesure de donner suite à leur demande. Les données personnelles collectées au titre de la gestion du présent régime peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Ces données seront conservées pour la durée du contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé au Groupe AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

En application de l'article 40-1 de la même loi, les bénéficiaires disposent du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

ARTICLE 6 - NOTICE D'INFORMATION

L'organisme assureur établit la notice d'information qui définit la garantie complémentaire des frais de santé, ses modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de dépenses de santé engagées.

La notice d'information sera transmise par l'organisme assureur à chaque entreprise, dès signature du contrat d'adhésion.

L'entreprise est légalement tenue :

- de remettre aux salariés affiliés la notice d'information (sauf ceux dispensés) ;
- d'informer les salariés de toutes modifications apportées à leurs droits et obligations, par la remise d'un additif ou de la mise à jour de la notice d'information.

Toute modification sera opposable au salarié après information et remise de l'additif ou de la notice d'information modifiée.

ARTICLE 7 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent régime sont prescrites dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur 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 ignorée jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par les articles 2240 et suivants du code civil, 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 avec demande d'avis de réception adressée par l'organisme assureur à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 8 - CONTROLE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par le salarié, servent de base à la garantie.

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

TITRE II GARANTIE SANTE

ARTICLE 9 - GARANTIES

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en

charge par ce régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties présent dans le contrat d'adhésion.

Les niveaux d'indemnisation mentionnés dans le tableau des garanties repris aux conditions particulières s'entendent y compris les prestations du régime de base de la Sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties du contrat couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 euros acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte couteux, prévue au I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties « maternité » prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

L'organisme assureur peut verser lorsque la garantie est prévue au régime souscrit, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'évènement.

Le forfait maternité du participant est également versé en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

ARTICLE 10 - REGIMES

Il est proposé au choix de l'entreprise la souscription, pour l'ensemble de ses salariés, 4 régimes distincts :

- le régime « ESSENTIEL »
- le régime « CONFORT »
- le régime « SUMMUM »
- le régime « OPTIMUM »

Le choix du régime retenu est effectué par l'entreprise au moment de la souscription et figure au contrat d'adhésion.

Le détail de chaque régime figure au contrat d'adhésion.

Demande de changement de régime :

L'entreprise peut changer de régime au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve qu'elle en fasse la demande au moins deux mois avant la fin de l'année civile par lettre recommandée avec accusé de réception. Un tel changement ne peut toutefois intervenir qu'après deux années complètes d'adhésion à l'un des régimes.

Tout changement de formule de garantie concernera l'ensemble des salariés et ses ayants droit.

ARTICLE 11 – MAINTIEN DES GARANTIES

11-1 – En cas de suspension du contrat de travail

Le régime et les cotisations patronales et salariales seront maintenus dans les mêmes conditions que celles de la catégorie de personnel dont relève le salarié :

- en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident, congé maternité, adoption ou paternité ;
- en cas d'arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle ;
- en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation (part patronale + part salariale).

11-2 – Portabilité des droits

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité visé par l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale (article 1^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Ainsi les employeurs ont l'obligation de maintenir les garanties collectives de frais de santé à leurs anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise.

Date d'effet

Les dispositions du présent article prennent effet à la date d'effet du contrat d'adhésion. Elles s'appliquent à toutes les cessations de contrat de travail survenant à cette date ou postérieurement.

Participants

Sont garantis dans les conditions définies ci-après, les anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du contrat d'adhésion, mentionnées au contrat.

Ils bénéficient du maintien des garanties lorsque:

- les droits à couverture complémentaire au titre du régime frais de santé souscrit ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à une prise en charge par le régime obligatoire d'assurance chômage.

Bénéficiaires

Lorsque les ayants droit des anciens salariés étaient garantis au titre du contrat frais de santé, ils conservent la qualité de bénéficiaires des garanties pendant la durée d'application du dispositif de portabilité applicable au participant.

Durée – Limites

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur selon les formalités de déclaration définies ci-après et pendant une durée maximale 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 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque le participant reprend un autre emploi, dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage, à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, en cas de décès du participant ainsi qu'en cas de non renouvellement ou résiliation du contrat collectif frais de santé.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Formalités de déclaration

L'entreprise adhérente et/ou le salarié doit :

- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail d'un salarié, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail

justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de tiers payant en cours de validité.

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

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

A défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande du participant et sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

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

Garanties

Les participants bénéficient des garanties frais de santé du présent régime applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des participants bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Païement des prestations

L'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

Cotisations

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

Changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

ARTICLE 12 - CESSATION DES GARANTIES

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de l'article 11-2 du présent régime, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur maintient, à titre individuel, la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties au titre du dispositif de portabilité.

L'organisme assureur doit adresser la proposition de maintien de la couverture dans le cadre de l'article 4 Loi Évin aux anciens salariés remplissant les conditions pour en bénéficier au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de la portabilité, ceci sous réserve que l'entreprise l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif.

- au profit des personnes garanties 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.

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

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux bénéficiaires visés par le présent article sont définis dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur.

ARTICLE 13 - LIMITES DES GARANTIES - EXCLUSIONS

Pendant la période de garanties, les exclusions et limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Sauf indication contraire aux conditions particulières, ne donnent pas lieu à remboursement :

- **les frais de soins :**
 - **engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,**
 - **déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,**
 - **engagés hors de France. Si la caisse du régime de base obligatoire à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par le régime de base obligatoire et selon les garanties prévues au contrat,**
 - **non remboursés par les régimes de base obligatoires,**
 - **ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,**
 - **engagés au titre de la législation sur les pensions militaires,**
 - **au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices,**
 - **qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,**
 - **au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale,**
- **les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale,**
- **la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du Code de la santé publique,**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

*montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite

Pour les frais consécutifs à des actes soumis à entente préalable du régime de base obligatoire, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services du régime de base obligatoire, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par le régime de base obligatoire.

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

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de base obligatoire.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

ARTICLE 14 - PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de la Sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'assureur ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent régime.

ARTICLE 15 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont remboursées :

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

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

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

Il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produit spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

NATURE DES PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> - Si absence de prise en charge par échange Noémie et/ou tiers payant : factures originales détaillées et décomptes originaux de la Sécurité sociale. - Bordereau de facturation ou avis des sommes à payer acquittées. <p>Dans le cas de dépassements d'honoraires, ces derniers sont traités via l'analyse et l'enregistrement de ces documents.</p>
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Factures originales détaillées et codifiées (nature des actes effectués) et décomptes originaux de la Sécurité sociale.
Optique hors tiers payant	<ul style="list-style-type: none"> - Factures originales détaillées et décomptes originaux de la Sécurité sociale - Cas des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale : copie de l'ordonnance et facture acquittée.
Vaccin anti grippe / pilules et patchs contraceptifs	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription ou la copie de l'ordonnance et factures originales détaillées du pharmacien, datées et acquittées.
Maternité-Adoption d'un enfant mineur	<ul style="list-style-type: none"> - Original de l'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant ou photocopie de ce document ou du livret de famille délivrée par la mairie et certifiée sincère par l'assuré.
Cures thermales	<ul style="list-style-type: none"> - Factures originales détaillées de l'établissement thermal et décomptes originaux de la Sécurité sociale.

Les prestations sont servies dans un délai maximum de 48 heures en échange NOEMIE ou de 5 jours ouvrés à réception des décomptes originaux de la Sécurité sociale accompagnés le cas échéant des pièces justificatives.

ARTICLE 16 - TIERS PAYANT

Chaque participant complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une carte Santé permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par la dite carte en conformité avec les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le contrat.

Cette carte Santé reste la propriété de l'organisme assureur.

L'adhérent s'engage, si la carte Santé est en cours de validité, à la récupérer auprès du participant et à en assurer la restitution à l'organisme assureur dans le délai de quinze jours suivant le départ du participant (démission, licenciement, retraite...) ou suivant la démission du régime de la part de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

L'adhérent restituera les sommes payées par l'organisme assureur, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

ARTICLE 17 - COTISATIONS

Article 17-1 – Montant

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du présent régime.

En cas de modifications législatives ou réglementaires, les parties signataires s'engagent à se réunir dans un délai de deux mois, suivant l'entrée en vigueur de celles-ci, afin d'examiner les éventuels impacts sur le Contrat National de Référence.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

La cotisation du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » est mensuelle et forfaitaire.

La cotisation mensuelle est fonction du choix du régime par l'entreprise au moment de la souscription.

Elle est exprimée en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale et fixée et détaillée dans le Tableau ci-dessous :

FORMULE « ESSENTIEL »	REGIME GENERAL Cotisation mensuelle (en % PMSS)	REGIME ALSACE MOSELLE Cotisation mensuelle (en % PMSS)
STRUCTURES DE COTISATION	TARIF	TARIF
Isolé	0,74	0,45
Famille	1,86	1,12

Inactifs – Ancien salarié	Les tarifs applicables sont définis dans le respect de la réglementation en vigueur.
Inactifs - Conjoint	
Inactifs – Enfant	

FORMULE « CONFORT »	REGIME GENERAL Cotisation mensuelle (en % PMSS)	REGIME ALSACE MOSELLE Cotisation mensuelle (en % PMSS)
STRUCTURES DE COTISATION	TARIF	TARIF
Isolé	1,60	0,96
Famille	3,77	2,26

Inactifs – Ancien salarié	Les tarifs applicables sont définis dans le respect de la réglementation en vigueur.
Inactifs - Conjoint	
Inactifs – Enfant	

FORMULE « SUMMUM »	REGIME GENERAL Cotisation mensuelle (en % PMSS)	REGIME ALSACE MOSELLE Cotisation mensuelle (en % PMSS)
STRUCTURES DE COTISATION	TARIF	TARIF
Isolé	2,29	1,38
Famille	5,42	3,25

Inactifs – Ancien salarié	Les tarifs applicables sont définis dans le respect de la réglementation en vigueur.
Inactifs - Conjoint	
Inactifs – Enfant	

FORMULE « OPTIMUM »	REGIME GENERAL Cotisation mensuelle (en % PMSS)	REGIME ALSACE MOSELLE Cotisation mensuelle (en % PMSS)
STRUCTURES DE COTISATION	TARIF	TARIF
Isolé	2,96	1,78
Famille	6,98	4,21

Inactifs - Ancien salarié	Les tarifs applicables sont définis dans le respect de la réglementation en vigueur.
Inactifs - Conjoint	
Inactifs – Enfant	

Au 1^{er} janvier de chaque année, la cotisation sera indexée au minimum, sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie, sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice. Le montant de la cotisation sera revu par les parties en fonction notamment de l'évolution de la législation et des résultats du régime.

Article 17-2 – Paiement

Régime collectif obligatoire :

La répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié est la suivante : l'employeur doit, à minima, prendre en charge 50% de la cotisation.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

L'entreprise est responsable du paiement des cotisations y compris de la quote part du salarié.

Trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, les garanties sont suspendues, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Maintien de garantie à titre individuel :

Dans le cas du maintien facultatif de la couverture Frais de santé demandé par le salarié en suspension de contrat de travail sans maintien de rémunération, la cotisation est alors prélevée, dans son intégralité, sur le compte bancaire du salarié, ce dernier assurant seul le financement de sa couverture. Le prélèvement s'effectue mensuellement à terme échu.

Il en est de même dans le cas où l'ancien salarié a souhaité bénéficier du maintien de sa couverture dans le cadre de la Loi Evin (Article 4).

En cas de non paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'organisme assureur adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception à l'assuré défaillant l'informant des conséquences du non paiement. Si quarante jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'organisme assureur informe l'assuré de la cessation automatique de sa garantie et de son exclusion du régime facultatif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations. Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'assuré.

ARTICLE 18 - SERVICE QUALITE

L'organisme assureur est à la disposition de l'entreprise et des assurés pour tout renseignement complémentaire ou toute réclamation aux adresses suivantes :

AG2R RÉUNICA Prévoyance
Direction de la Qualité
104- 110, boulevard Haussmann
75379 Paris cedex 08

Ou

Humanis Prévoyance
29 boulevard Edgar Quinet
75014 PARIS

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur du Groupe AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola – Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations du Groupe AG2R LA MONDIALE visées ci-dessus, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès 75008 Paris.



AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris – Membre du GIE AG2R RÉUNICA.

Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale. Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris.