

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
ANIMATION

FRAIS DE SANTÉ

Contrat d'assurance collectif

NOTICE D'INFORMATION

Ensemble des salariés



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

Sommaire

▶ Preamble.....	5
▶ Objet du contrat	5
▶ Bénéficiaires du contrat	5
▶ L'affiliation au contrat et ses modalités	6
▶ Maintien des garanties	8
▶ Cotisations	9
▶ Garanties	9
▶ Les remboursements	10
▶ Informations pratiques	11
 LES ANNEXES.....	 13
▶ Annexe 1	13
▶ Annexe 2	16

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de Humanis Prévoyance en application de la Convention Collective Nationale de notre profession.

À _____ le _____

Signature

► Préambule

Par l'avenant n° 154 du 19/05/2015 (modifié par avenant n° 155 du 20/10/2015), les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale (CCN) de l'Animation du 28 juin 1988 ont instauré un régime Frais de santé au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises relevant de cette branche.

La présente notice d'information précise les modalités de mise en œuvre du régime dont vous bénéficiez en application du contrat souscrit par votre employeur.

Par ailleurs, soucieux d'assurer une mutualisation du régime et un niveau élevé de garanties, les partenaires sociaux de la branche Animation ont procédé à la co-recommandation de plusieurs organismes assureurs qui se sont engagés à appliquer un tarif unique et à offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés bénéficiaires de la branche.

Ces organismes assureurs sont :

- ✦ UMANENS, union de groupe mutualiste régie par le Code de la Mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499
- ✦ Représenté par LA MUTUELLE FAMILIALE, assureur, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 784 442 915, Siège social : 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS,
- ✦ MUTEX - l'alliance mutualiste composée de :
 - ✦ MUTUELLE CHORUM, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°784 621 419, Siège social : 56 / 60 rue Nationale 75013 PARIS substituée intégralement par MUTEX UNION, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n°442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 CHATILLON Cedex
 - ✦ ADREA MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°311 799 878, Siège social 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS.
 - ✦ APREVA, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391, Siège social : 20 boulevard Papin - BP 1173 - 59012 LILLE
 - ✦ EOVİ MCD, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°317 442 176, Siège social : 44 rue de Copernic - 75016 PARIS
 - ✦ HARMONIE MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS
 - ✦ OCIANE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085, Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc - 33054 BORDEAUX Cedex
 - ✦ MUTEX, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040, Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 CHATILLON Cedex

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre de MUTEX - l'alliance mutualiste. Ils confient la coordination du dispositif et l'interlocution à MUTEX. L'affectation d'une entreprise à un organisme assureur est fonction de règles de territorialité déterminées au sein de l'alliance mutualiste.

- ✦ HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet - 75014 Paris

► Objet du contrat

Le contrat Frais de santé souscrit par votre employeur est un contrat collectif à adhésion obligatoire, présentant également des garanties à adhésion facultative. Les garanties prévues par ce contrat interviennent en complément des prestations Frais de santé qui vous sont versées par un organisme d'assurance maladie.

Il se décline en une :

- ✦ Base
- ✦ Option 1
- ✦ Option 2

Votre employeur met en place de manière obligatoire, a minima le socle de Base, éventuellement complété par l'Option 1 ou l'Option 2.

Si les options n'ont pas été mises en place à titre obligatoire par l'employeur, vous aurez la possibilité d'y souscrire de manière facultative.

► Bénéficiaires du contrat

Qui peut bénéficier du contrat ?

Vous, en tant que salarié

Le contrat bénéficie à l'ensemble des salariés inscrits aux effectifs de l'entreprise souscriptrice.

En qualité de salarié, vous êtes seul couvert à titre obligatoire par votre employeur.

Les salariés ne souhaitant pas être couverts pourront, le cas échéant, se prévaloir de l'une des dispenses prévues par l'avenant n° 154 du 19/05/2015 (modifié par avenant n° 155 du 20/10/2015) à la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 et précisés ci-dessous :

« 1. salariés sous contrat à durée déterminée et apprentis sous contrat à durée déterminée, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

2. salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. L'intervention du fonds social prévue par le régime pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés ;

3. salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile ;

4. les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties prévues par [l'avenant n° 154 du 19/05/2015 (modifié par avenant n° 155 du 20/10/2015)] à la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988] ou de l'embauche si elle est postérieure, jusqu'à échéance du contrat individuel ;

5. les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement frais de santé obligatoire servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions de l'article L242-1 du code de la Sécurité sociale. »

Vous ne pouvez bénéficier d'une dispense d'affiliation que si vous en faites la demande expresse auprès de votre employeur en lui produisant, le cas échéant, toute pièce permettant de justifier que votre situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation ci-dessus définis.

Vous devrez formuler cette demande par écrit dans les 30 jours qui suivent la mise en place du régime, votre embauche, votre changement de situation ou la date à laquelle vous réunissez les conditions pour bénéficier de cette dispense.

Vos ayants droit

Si vous souhaitez couvrir vos ayants droit, vous pouvez le faire à titre facultatif.

Vos ayants droit bénéficieront obligatoirement du même niveau de couverture que vous.

On entend par ayant droit:

- votre conjoint bénéficiant de son affiliation à un organisme d'assurance maladie du fait de votre propre affiliation ou d'une affiliation personnelle.

Est assimilé au conjoint :

- le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Est considérée comme partenaire de PACS, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec le salarié un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.

- le concubin.

Est considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec le salarié dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve qu'une période de vie commune d'une année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF notamment) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union.

L'organisme assureur peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune ;

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que ceux dont bénéficient les autres bénéficiaires du contrat.

- vos enfants à charge.

Sont considérés comme enfants à charge :

- vos enfants et ceux de votre conjoint ou partenaire de PACS ou concubin :
 - affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants, sous réserve qu'ils aient moins de 26 ans ;
 - en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve qu'ils aient moins de 26 ans ;
 - demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois, sous réserve qu'ils aient moins de 26 ans ;
 - célibataires et rattachés fiscalement au foyer des parents, sous réserve qu'ils aient moins de 26 ans.
- Vos enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).
- Le nouveau-né ou l'enfant adopté. Il est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que votre demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

Les pièces justifiant de la qualité d'ayants droit doivent être obligatoirement fournies lorsque vous demandez leur affiliation.

► L'affiliation au contrat et ses modalités

Affiliation aux garanties souscrites par votre employeur

Votre affiliation à titre obligatoire

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Votre affiliation aux garanties souscrites par votre employeur est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation ou d'une Déclaration d'Affiliation.

Quand votre affiliation prend-elle effet ?

Elle prend effet :

- À la date de prise d'effet de l'adhésion de votre employeur au présent contrat ;
- À compter de votre date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise, si vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de votre employeur au contrat ;
- À compter de la date à laquelle vous ne bénéficiez plus d'une dispense d'affiliation :
 - À la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
 - À la date à laquelle vous souhaitez renoncer à votre dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à votre employeur.

Affiliation de vos ayants droit à titre facultatif

Quelles sont les modalités d'affiliation de vos ayants droit ?

Si vous souhaitez couvrir vos ayants droit à titre facultatif, vous pouvez le faire au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation ou d'une Déclaration d'Affiliation.

Vos ayants droit bénéficieront des mêmes garanties que celles dont vous bénéficiez.

Quand l'affiliation de vos ayants droit prend-elle effet ?

L'affiliation de vos ayants droit prend effet :

- ✦ à la date de prise d'effet de votre affiliation au contrat si la demande se fait simultanément ;
- ✦ au 1^{er} jour du mois qui suit la réception d'un Bulletin Individuel d'Affiliation ou d'une Déclaration d'Affiliation si la demande se fait ultérieurement ;
- ✦ à la date de survenance de l'événement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclaré à l'organisme assureur.

L'affiliation de vos ayants droit à titre facultatif vous engage pour une durée minimale d'une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

Quand l'affiliation de vos ayants droit prend-elle fin ?

Vous pouvez dénoncer chaque année l'affiliation de vos ayants droit par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Si votre ayant droit vient à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, vous pourrez demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de celui-ci, sous réserve de la production d'un justificatif actant de l'adhésion de votre ayant droit à un régime obligatoire, datant de moins de 3 mois.

La dénonciation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande de dénonciation.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de couverture de vos ayants droit ne pourra intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de votre ayant droit (chômage non indemnisé, retraite, ...).

En tout état de cause, l'affiliation de l'ayant droit cesse à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions posées ci-dessus.

Affiliation facultative aux garanties optionnelles

Quelles sont les modalités d'affiliation aux garanties optionnelles ?

Vous avez la possibilité d'améliorer pour vous-même et pour vos ayants droit, le niveau de garanties choisi par votre employeur en demandant votre affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix d'option que vous retiendrez pour vous-même, s'imposera d'office à vos ayants droit si vous avez choisi de les couvrir de manière facultative.

L'affiliation aux garanties facultatives s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation ou de la Déclaration d'Affiliation.

Quand l'affiliation aux garanties optionnelles prend-elle effet ?

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- ✦ À la date de prise d'effet de votre affiliation à titre obligatoire au présent contrat, si la demande se fait simultanément ;
- ✦ Au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation ou de la Déclaration d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement.

Peut-on modifier l'option choisie ?

Vous pourrez modifier chaque année l'option choisie, à la hausse ou à la baisse, sous réserve d'en faire la demande par lettre recommandée avec accusé de réception auprès de l'organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La modification prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Toute modification des garanties, à la hausse ou à la baisse, vous engage pour une période de 2 ans. Durant cette période, vous ne pourrez pas changer de niveau d'option, sauf en cas d'évolution de votre situation familiale.

Toutefois, il vous sera toujours possible de dénoncer annuellement les garanties optionnelles souscrites dans les conditions prévues ci-après.

Peut-on dénoncer l'option choisie ?

Vous pouvez dénoncer chaque année l'option souscrite, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de souscription à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

Cessation de l'affiliation

Votre affiliation au contrat cesse :

- ✦ à la date de liquidation de votre pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- ✦ à la date de rupture de votre contrat de travail (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité telles qu'elles sont prévues dans la présente Notice d'information ;
- ✦ à la date de votre décès ;
- ✦ en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat par l'organisme assureur ou par votre employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre à votre bénéfice et à la même date, la cessation de l'affiliation de vos éventuels ayants droit ainsi que la cessation des garanties optionnelles que vous auriez éventuellement souscrites.

En cas de cessation de votre affiliation due à la cessation de votre contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, votre employeur sera tenu d'en informer l'organisme assureur.

Vos obligations

En cas de modification de votre situation ayant des conséquences sur votre affiliation à titre obligatoire au présent régime ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), vous êtes tenu de vous adresser directement auprès de l'organisme assureur.

► Maintien des garanties

En cas de cessation de votre contrat de travail, qu'advient-il de votre couverture Frais de santé ?

Portabilité des droits : salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, vous et vos ayants droit bénéficiez du maintien temporaire de la couverture prévue par le contrat.

Pendant la période de maintien, vous bénéficiez des mêmes garanties que celles en vigueur dans l'entreprise.

Prise d'effet et durée

Le maintien de garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La durée de ce maintien est égale à la période d'indemnisation par Pôle emploi, 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.

Conditions d'indemnisation

Le maintien de garanties est subordonné aux conditions suivantes :

- ✂ que vous ayez ouvert vos droits à remboursements complémentaires lorsque vous étiez en activité auprès de l'employeur ;
- ✂ que vous justifiiez auprès de l'organisme assureur de votre indemnisation chômage selon les modalités prévues par ledit organisme assureur.

Financement

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation.

Par conséquent, aucune contrepartie de cotisation ne vous sera demandée durant la période de maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

Maintien des garanties à titre individuel : au titre de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, vous pouvez bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le contrat, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux.

Sont admis au bénéfice de ce dispositif :

- ✂ les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au présent contrat en tant qu'actifs, et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- ✂ les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- ✂ les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité ;

- ✂ les personnes garanties du chef du salarié 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 du salarié.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

La cotisation due au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin sera intégralement à la charge de l'ancien salarié.

L'organisme assureur du contrat collectif obligatoire mis en place par l'employeur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux mois suivant leur radiation du contrat collectif, sous réserve que l'employeur l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ».

Un salarié dont le contrat de travail est suspendu peut-il conserver le bénéfice de la couverture Frais de santé ?

Suspension du contrat de travail indemnisée

Votre affiliation est maintenue en cas de suspension de votre contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors que vous bénéficiez, durant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente d'invalidité (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle) financés au moins pour partie par votre employeur.

Le bénéfice des garanties vous est également maintenu dans le cas où votre contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- ✂ exercice du droit de grève,
- ✂ congé de solidarité familiale et de soutien familial,
- ✂ congé non rémunéré qui n'excède pas un mois continu.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs durant toute la période de suspension du contrat de travail.

Parallèlement, vous devez obligatoirement continuer à acquitter votre propre part de cotisation.

Suspension du contrat de travail non indemnisée

Dans les autres cas de suspension de votre contrat de travail, comme par exemple pour congé sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), vous ne pourrez pas bénéficier du maintien du contrat.

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

À défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'employeur.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due à votre titre par votre employeur. Les frais médicaux engagés par vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit, durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Si vous le souhaitez, vous pourrez toutefois continuer à bénéficier des garanties prévues dans le cadre du contrat durant cette période de suspension de votre contrat de travail, sous réserve de vous acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

Vous devez alors régler directement la cotisation afférente aux garanties précitées auprès de l'organisme assureur.

► Cotisations

Quel est le montant des cotisations ?

En application de l'avenant n° 154 du 19/05/2015 à la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988, le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

Quelles sont les modalités de paiement des cotisations ?

Garanties souscrites à titre obligatoire par l'employeur

Les garanties obligatoires sont mises en œuvre en contrepartie d'une cotisation « salarié isolé ».

L'avenant n° 154 du 19/05/2015 à la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 prévoit que cette cotisation est co-financée à hauteur de 50 % par votre employeur et 50 % par vous-même.

Votre participation est directement précomptée par votre employeur sur votre fiche de paie.

Garanties optionnelles et couverture facultative de vos ayants droit

- ✦ La **couverture facultative de vos ayants droit** est entièrement à votre charge en contrepartie :
- ✦ d'une cotisation « conjoint » pour votre conjoint tel que défini dans la présente notice d'information (cotisation additionnelle facultative)
- ✦ et « enfant » pour vos enfants tels que définis dans la présente notice d'information (cotisation additionnelle facultative par enfant, gratuité à compter du 3^{ème} enfant).

Cette cotisation est directement prélevée sur votre compte bancaire, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation ou sur la Déclaration d'Affiliation.

La **cotisation additionnelle servant au financement des garanties optionnelles** que vous aurez choisi en option 1 ou 2 pour vous-même et vos éventuels ayants droit est également entièrement à votre charge.

Cette cotisation est directement prélevée sur votre compte bancaire, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation ou sur la Déclaration d'Affiliation.

Quelles sont les conséquences du non-paiement des cotisations ?

Dans le cadre des garanties facultatives que vous pourriez souscrire (couverture de vos ayants droit ; garanties optionnelles), en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours après l'échéance, l'organisme assureur vous envoie, en application des articles L. 221-7 du Code de la Mutualité, L. 932-22 du Code de la Sécurité sociale et L. 113-3 du Code des Assurances, une mise en demeure, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette lettre vous informe notamment que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension puis la résiliation de la garantie souscrite à titre facultatif.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les 30 jours, engendre la suspension des garanties.

Les garanties pourront alors être résiliées 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoient les articles L. 221-7 du Code de la Mutualité, L. 932-22 du Code de la Sécurité sociale et L. 113-3 du Code des Assurances.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie intervenant en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, ne produit ses effets qu'à l'expiration de la période dûment réglée.

La garantie non résiliée reprend effet à midi, le lendemain du jour où a été payée la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

À défaut de paiement des cotisations finançant les garanties collectives facultatives dans les dix jours suivant l'échéance, l'organisme assureur pourra appliquer des majorations de retard. Ces majorations de retard seront exclusivement à votre charge.

► Garanties

Comment sont déterminées les garanties ?

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'organisme assureur sont conformes à l'avenant n° 154 du 19/05/2015 (modifié par avenant n° 155 du 20/10/2015) à la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988.

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre de la réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Elles sont également conformes aux dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le contrat devra donc être mis en conformité avec les nouvelles dispositions, par les partenaires sociaux et l'organisme assureur.

Les garanties prévues par le contrat sont présentées en annexe à la présente notice d'information.

Quelles sont les modalités de calcul des garanties ?

Montants retenus

Les garanties prévues par le présent contrat sont exprimées :

- ✦ en pourcentage de la Base de Remboursement (« BR ») de l'Assurance Maladie obligatoire applicable au moment de la survenance de l'événement ;
- ✦ en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (« PMSS ») applicable au moment de la survenance de l'événement ;
- ✦ en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, l'organisme assureur calcule le montant des prestations par référence au tarif d'autorité appliqué par les organismes d'Assurance maladie.

Le calcul de ces prestations telles qu'elles sont prévues par le tableau des garanties se fera donc sur la base du tarif d'autorité pour ces garanties.

Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre organisme assureur

Si vous bénéficiez par ailleurs d'une couverture Frais de Santé à titre individuel, vous avez la possibilité de faire intervenir l'organisme assureur de votre choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

Il en va de même dans le cas où votre éventuel ayant droit bénéficierait par ailleurs d'une couverture Frais de Santé à titre individuel ou au sein de son entreprise.

La contribution de chaque organisme assureur est déterminée en application des montants de remboursement établis dans le contrat, dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Pour le deuxième niveau, vous, ou le cas échéant, votre ayant droit, devez produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenu en premier niveau de remboursement complémentaire.

Principe indemnitaire

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale et l'article L. 121-12 du Code des Assurances, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais à votre charge ou, le cas échéant, à la charge de votre ayant droit couvert à titre facultatif, après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Le contrat prévoit-il d'autres services ?

Fonds de solidarité

Conformément à l'avenant n° 154 du 19/05/2015 à la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988, un Fonds de solidarité est mis en place.

Une fraction de la cotisation est consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif proposées par ce Fonds de solidarité.

L'utilisation de cette contribution est conforme aux dispositions de l'avenant n° 154 du 19/05/2015 à la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 et est contrôlée par la Commission Nationale Paritaire de Négociation.

Le Fonds social est mis en place en application des actions de prévention ainsi que des règles de fonctionnement et des modalités d'attribution des prestations d'action sociale déterminées par la Commission Nationale Paritaire de Négociation et dans le Règlement du Fonds de solidarité.

Services associés

L'organisme assureur choisi par votre employeur met à votre disposition et, le cas échéant, à celle de vos ayants droit, les services prévus ci-dessous :

- ✦ télétransmission ;
- ✦ tiers payant ;
- ✦ réseau de soins ;
- ✦ prestations d'assistance.

D'autres services associés au présent contrat pourront être mis en place par l'organisme assureur.

► Les remboursements

Quelles sont les formalités de règlement des prestations ?

Les prestations sont traitées :

- ✦ soit par échange Noémie (télétransmission entre les organismes d'Assurance maladie et l'organisme assureur), sauf opposition écrite lors de l'affiliation de votre part, ou le cas échéant, de la part de votre ayant droit ;
- ✦ soit sur présentation à l'organisme assureur, de l'original du décompte établi par les organismes d'Assurance maladie, ou de l'original de la facture ou note d'honoraires acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les organismes d'Assurance maladie ou si vous, ou le cas échéant, votre ayant droit, avez refusé la télétransmission.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à votre charge ou le cas échéant, à celle de votre ayant droit.

Lors de votre affiliation, vous ou, le cas échéant, votre ayant droit couvert à titre facultatif devez fournir les documents nécessaires au versement des prestations demandés par l'organisme assureur sur le Bulletin Individuel d'Affiliation ou sur la Déclaration d'Affiliation.

Ces pièces sont conservées par l'organisme assureur qui est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

En application des articles L. 221-11 du Code de la Mutualité, L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale et L. 114-1 du Code des Assurances, vous ou, le cas échéant, votre ayant droit, devez produire vos demandes de prestations dans un délai maximum de deux années.

Ce délai commence à courir à compter :

- ✦ soit de la date du décompte envoyé par les organismes d'Assurance maladie ;
- ✦ soit de la date de la facture acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les organismes d'Assurance maladie.

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, vous ou, le cas échéant, votre ayant droit devez envoyer à l'organisme assureur le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le contrat.

Quels sont les délais de paiement des prestations ?

À réception de la demande de remboursement, les prestations garanties sont servies dans le respect des critères qualité fixés par l'organisme assureur au titre des règles de gestion :

- ✦ soit par échange Noémie ;
- ✦ soit hors échange Noémie à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par l'organisme assureur.

Les prestations sont versées :

- ✦ soit à vous-même directement ou, le cas échéant, à votre ayant droit ;
- ✦ soit aux professionnels de santé si vous ou, le cas échéant, votre ayant droit avez fait usage du Tiers payant.

Qu'en est-il des frais supplémentaires ?

Lorsque le mode de versement des prestations retenu par vous-même ou, le cas échéant, par votre ayant droit impose à l'organisme assureur le paiement de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Quels sont les modalités de remboursement des soins effectués à l'étranger ?

Les garanties prévues par le contrat ne sont acquises qu'aux salariés, et, le cas échéant leurs ayants droit, affiliés à un organisme d'Assurance maladie français.

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger viennent en complément des remboursements de l'organisme d'Assurance maladie et sont versées en euros.

Lorsque ces soins ne correspondent pas à des actes remboursés par les organismes d'Assurance maladie mais sont toutefois expressément garantis par le contrat, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, précisant à minima le montant et la nature des frais engagés.

Les prestations servies par l'organisme assureur le sont dans la limite des garanties souscrites.

► Informations pratiques

Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par les articles L. 221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, les articles L. 932-13 et L.932-13-3 du Code de la Sécurité sociale et les articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des Assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- ✂ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait ou, le cas échéant, du fait de votre ayant droit, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- ✂ en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand votre action 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 vous ou, le cas échéant, votre ayant droit, ou a été indemnisé par vous-même ou votre ayant droit.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 avec avis de réception adressée par l'organisme assureur à l'employeur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Recours contre tiers

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans vos droits et actions, ou, le cas échéant ceux de vos ayants droit, contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale et L. 121-12 du Code des Assurances.

Informatique et Libertés

Les informations vous concernant ou concernant, le cas échéant, vos ayants droit, sont destinées aux services de l'organisme assureur.

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, vous, ou, le cas échéant, vos ayants droit, pouvez demander, en justifiant de votre identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information vous concernant qui figurerait sur un fichier utilisé dans le cadre du contrat par courrier au siège de l'organisme assureur.

Réclamation et Médiation

Toute demande de réclamation pourra être adressée par votre employeur, vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit, au siège de l'organisme assureur.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à l'organisme assureur.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur nommé par l'organisme assureur.

Le Médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à chaque organisme assureur.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé au 4 place Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

LES ANNEXES

► Annexe 1

Modalités d'application des garanties et tableaux des garanties

Modalités d'application des garanties

Comment fonctionne le forfait optique « verres et monture » ?

Les forfaits « verres » et « monture », incluent le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation des forfaits dans leur totalité.

La prise en charge du forfait « verres » est limitée à deux verres par période de deux ans et celle du forfait « monture » est limitée à une monture par période de deux ans.

Par exception :

- ✦ Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, le bénéfice des forfaits « verres » et « monture » est réduit à un an pour les frais exposés dans l'acquisition de l'équipement verres et monture.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction, soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction ; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.

- ✦ Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et, ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les forfaits « verres » et « monture » peut couvrir une prise en charge de deux équipements (verres + montures) sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) s'apprécie à la date d'acquisition des verres et de la monture. Il s'agit d'une période fixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

Le reliquat des forfaits « verres » et « monture » non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

L'affiliation à une garantie optionnelle ou un changement de formule optionnelle ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- ✦ **si vous ou, le cas échéant, votre ayant droit n'a pas entamé son forfait « verres » ou « monture » avant ce changement de formule, il bénéficiera du montant du forfait nouvellement souscrit, à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule.**
- ✦ **en tout état de cause, une période de 2 ans déclenchée par un précédent achat n'est ni réduite ni annulée par la souscription d'une nouvelle option et continue à courir sur la nouvelle option jusqu'à l'arrivée à son terme.**

Les montants des forfaits « verres » et « monture » sont précisés au tableau des garanties présenté en annexe 2.

Les mots clé de la santé

A

Actes non remboursés par les organismes d'Assurance maladie

Actes inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) avec un taux de remboursement par la Sécurité sociale égal à « 0 % », un prix unitaire égal à « 0 euros », un qualificatif de la dépense renseigné avec « NR ».

Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)

Aide proposée par l'Assurance maladie sous conditions de résidence et de ressources afin de faciliter l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé en permettant à ses bénéficiaires de profiter d'une réduction sur le montant de la cotisation annuelle de leur contrat Frais de santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, les organismes d'assurance pouvant proposer des couvertures Frais de santé répondants aux caractéristiques ACS sont listés par arrêté.

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance maladie.

Auxiliaires médicaux

Infirmier (ère), Masseur-kinésithérapeute, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédiacre podologue.

B

Base de Remboursement (BR)

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature pour les organismes d'Assurance maladie.

Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

- ✦ **tarif d'autorité** : tarif utilisé par les organismes d'Assurance maladie comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- ✦ **tarif de responsabilité** : base de remboursement de l'organisme d'Assurance maladie pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

C

Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant au patient qui en fait la demande d'être hébergé en chambre individuelle à l'occasion d'une hospitalisation. La chambre particulière n'est jamais remboursée par les organismes d'Assurance maladie.

Chirurgie réfractive

Techniques chirurgicales permettant de corriger les défauts visuels.

Contrat d'accès aux soins (CAS)

Contrat conclu entre l'Assurance maladie et les médecins de secteur 2 (ou de secteur 1 pratiquant des dépassements permanents) afin de permettre un meilleur remboursement des consultations des actes médicaux et de réduire le reste à charge pour les affiliés.

Le CAS a été mis en place par l'avenant n°8 du 6 décembre 2012 à la Convention médicale et est entré en vigueur en décembre 2013. Les médecins ayant signé le CAS s'engagent à pratiquer pendant trois ans des tarifs bloqués.

Contrat collectif

Contrat souscrit par une personne morale (employeur, association, ...) au profit de ses salariés ou de ses membres et, le cas échéant, de leurs ayants droit, intervenant en complément des prestations versées par un organisme d'Assurance maladie.

Contrat individuel

Contrat à adhésion volontaire souscrit par une personne physique pour sa couverture personnelle et, le cas échéant, celle de ses ayants droit, intervenant en complément des prestations versées par un organisme d'Assurance maladie.

Contrat responsable

Contrat régi par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale garantissant le respect du parcours de soins coordonnés permettant de bénéficier d'une minoration de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance et ouvrant droit à des exonérations sociales et fiscales pour les entreprises et les salariés dans le cadre d'un contrat collectif complémentaire souscrit à titre obligatoire.

Contrat surcomplémentaire

Contrat supplémentaire venant s'ajouter au contrat complémentaire de manière autonome. Contrat destiné à compléter les garanties d'un premier contrat complémentaire sur certains postes de soins.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une couverture complémentaire gratuite. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou à l'hôpital sans dépenses à charge et sans avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.

D

Dépassement d'honoraires

Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et la Base de remboursement utilisée pour le calcul des prestations versées par les organismes d'Assurance maladie.

Dépenses réelles

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé. Ce montant peut être remboursé totalement ou partiellement par les organismes d'Assurance maladie et par l'organisme assureur complémentaire.

F

Forfait « 18 euros »

Participation forfaitaire de 18 euros mise à la charge de l'assuré social pour les actes dépassant un certain tarif fixé par les autorités publiques.

Ainsi, à titre indicatif, au 1^{er} août 2015, cette participation s'applique :

- ✳ Aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, ou dans un établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ;
- ✳ Aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique), y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;

- ✳ Aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

Forfait journalier hospitalier

Montant forfaitaire à la charge de l'affilié en cas d'hospitalisation. Il correspond aux « frais hôteliers ».

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts de séjour (médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, ...). En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent exclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Frais d'accompagnement

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

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par les organismes d'Assurance maladie.

Frais réels

Le remboursement de certaines prestations peut se faire sur les frais réels. Cela signifie que le taux de remboursement sera calculé sur la base des dépenses réelles engagées par l'affilié.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'organisme d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de :

- ✳ 0,50 euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- ✳ 0,50 euro par acte paramédical ;
- ✳ 2 euros par transport sanitaire.

La franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence.

La franchise est plafonnée à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, 4 euros par jour pour les transports sanitaires et 50 euros par an, au total.

Forfait euros

Le remboursement effectué par l'organisme assureur peut être exprimé sous la forme d'un montant en euros.

H

Hospitalisation

Séjour dans un établissement de santé en vue de la prise en charge médicale d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

I

Imagerie médicale - Radiologie

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, IRM, endoscopie, scanner, laser, ...

Implantologie

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 prise en charge par les organismes d'Assurance maladie.

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 couronne.

M

Maladie

Altération de la santé ou des fonctions constatée par un médecin.

Maternité

Etat dans lequel se trouve la femme durant les périodes de grossesse non pathologique, de l'accouchement et de ses suites. La grossesse ne constitue pas une maladie.

Médecin traitant

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, tous les assurés sociaux de 16 ans et plus doivent déclarer un médecin traitant. Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre peut être désigné en qualité de médecin traitant.

Le médecin traitant coordonne les soins et oriente l'assuré social dans le parcours de soins coordonnés, en le dirigeant si nécessaire vers les professionnels de santé adaptés à ses besoins.

Toutefois, l'affilié social pourra consulter certains médecins spécialistes sans passer par son médecin traitant :

- ✦ Gynécologue ;
- ✦ Ophtalmologue ;
- ✦ Psychiatre ou neuro-psychiatre ;
- ✦ Stomatologue.

N

Nomenclature

Notion désignant l'ensemble des référentiels codifiant les actes médicaux reconnus par les organismes d'Assurance maladie et fixant leur base de remboursement par elle-même et notamment :

- ✦ la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- ✦ la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- ✦ la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- ✦ la Liste des produits et des prestations remboursables (LPPR ou LPP).

O

Organismes d'Assurance maladie

Régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Organisme Assureur Complémentaire

Organisme prenant en charge un ou des contrats assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour un individu donné ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations versées par les organismes d'Assurance maladie.

P

Parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés est défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par l'organisme assureur.

Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 1 euro est demandée aux assurés sociaux de plus de 18 ans.

Cette participation forfaitaire s'applique pour toutes les consultations et tous les actes réalisés par un médecin ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Cette participation forfaitaire est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- ✦ Des enfants de moins de 18 ans ;
- ✦ Des femmes enceintes à compter du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après la date de l'accouchement ;
- ✦ Des bénéficiaires de la Couverture médicale universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME).

Prescription

Extinction d'un droit en raison du dépassement de l'échéance du délai qui était imparti pour en bénéficier.

R

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'affilié après remboursement des organismes d'Assurance maladie et des organismes assureurs complémentaires.

T

Ticket modérateur

Dans le parcours de soins, différence entre la Base de remboursement et le montant remboursé par l'organisme d'Assurance maladie.

La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le régime obligatoire, de la majoration de la participation de l'assuré lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket modérateur.

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'affilié de faire l'avance des Frais de santé, dont la prise en charge est directement assurée par l'organisme d'Assurance maladie et l'organisme Assureur complémentaire.

► Annexe 2

Additif aux notices d'information du régime de santé de la Convention collective nationale de l'Animation au bénéfice de l'ensemble des salariés référencées
« Notice d'information – Convention Collective Nationale de l'Animation IDCC n° 1518 Janvier 2016 »

Le présent document est un complément à la notice d'information du régime de santé de la convention collective nationale de l'animation référencées « Notice d'information - Convention collective nationale de l'Animation IDCC n° 1518 – Régime complémentaire Santé ensemble du personnel – janvier 2016 ».

Il a pour objet :

- De rappeler l'évolution en matière de portabilité des droits dans les cas de liquidation judiciaire : à savoir que désormais, en application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 dudit code, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions prévues par cet article.

Par ailleurs, le bénéfice de cette portabilité est maintenu à titre gratuit aux anciens salariés d'entreprise en cas de procédure de redressement, de liquidation judiciaire ou de sauvegarde
- de formaliser les évolutions du régime de santé conventionnel de branche issues de l'avenant n° 165 du 20 décembre 2017 à la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988, prenant effet le 1er avril 2018.

Cet avenant aménage le régime de santé avec :

- L'amélioration des niveaux de garanties prévus dans le tableau en annexe de l'article 11.3.4 de la convention collective nationale de l'Animation, et ce, sans augmentation de taux de cotisation.
- Le prolongement du maintien des taux de cotisation sous condition.
- La mise en conformité des libellés de garanties du régime avec la nouvelle réglementation en vigueur, à savoir, la nouvelle convention médicale signée le 25 août 2016 à effet du 1er janvier 2017, mettant en place dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé :
 - l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et
 - l'OPTAM -CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique), en remplacement des anciens CAS (Contrats d'Accès aux Soins).

Ainsi, les dispositions des notices d'information relatives à la définition des garanties précitées sont modifiées à la date de prise d'effet de l'avenant n°165 du 20 décembre 2017.

GARANTIES

CCN DE L'ANIMATION REGIME FRAIS DE SANTE			
Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale			
	Base conventionnelle	Base conventionnelle + OPTION N°1	Base conventionnelle + OPTION N°2
Frais d'hospitalisation			
Chirurgie - Hospitalisation			
Conventionnée Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
Conventionnée honoraires OPTAM / OPTAM-CO	170% BR	220% BR	220% BR
Conventionnée honoraires non OPTAM / OPTAM-CO	150% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier (hospitalisation)	couverture aux frais réels, actuellement : 20 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 20 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 20 € par jour
Forfait hospitalier (psychiatrie)	couverture aux frais réels, actuellement : 15 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 15 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 15 € par jour
Forfait actes lourd	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €
Chambre particulière par jour			
Conventionnée	non couverte	2% du PMSS	3% du PMSS
Personne accompagnante			
Conventionnée	non couverte	1,5% du PMSS	2% du PMSS
Frais médicaux			
Consultations - visites Généralistes OPTAM / OPTAM-CO et non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Spécialistes OPTAM / OPTAM-CO	170% BR	220% BR	220% BR
Consultations - visites Spécialistes non OPTAM / OPTAM-CO	150% BR	200% BR	200% BR
Pharmacie SMR important	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie SMR modéré et homéopathie	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie SMR faible	non couverte	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	non couvert	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	2% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	145% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	125% BR	150% BR
Radiologie OPTAM et non OPTAM	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	200% BR	300% BR
Prothèses Auditives	100% BR	10% du PMSS par oreille, minimum 100% BR (max 2 par an par bénéficiaire)	20% du PMSS par oreille, minimum 100% BR (max 2 par an par bénéficiaire)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire limite à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du Décret n°2014-1025			
Soins dentaires (1)	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	100% BR	150% BR	175% BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	200% BR	250% BR	300% BR
Refusée par la sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Prothèses dentaires (2)			
Remboursées: dents du sourire (3)	275% BR	350% BR	450% BR
Remboursées: dents de fond de bouche (4)	200% BR	250% BR	350% BR
Inlays-cores	125% BR	150% BR	175% BR
Prothèses Dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Parodontologie	non couverte	non couverte	non couverte
Implantologie (implant et pilier dentaire)	non couverte	12% du PMSS par an et par bénéficiaire	12% du PMSS par an et par bénéficiaire

Frais d'optique : conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement, sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, auquel cas le délai est porté à 12 mois également.

Verres et Montures	Grille Optique Base Conventiennelle	Grille Optique Base Conventiennelle + Option 1	Grille Optique Base Conventiennelle + Option 2
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	3% du PMSS par an et par bénéficiaire - minimum 100% BR	5% du PMSS par an et par bénéficiaire - minimum 100% BR
Lentilles prescrites : refusées, jetables	non couverte		
Chirurgie réfractive	non couverte	22% du PMSS par œil	35% du PMSS par œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)			
Acceptée par la Sécurité sociale	non couverte	5% du PMSS	7% du PMSS
Médecines douces (Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs, Chiropracteurs et Psychologues)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	non couverte	3 x 25 € par an et par bénéficiaire	5 x 35 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse			
Remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR + 13 € par an et par bénéficiaire	100% BR + 38 € par an et par bénéficiaire
Non remboursée par la Sécurité sociale	non couverte	25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Actes de Prévention			
Tous les actes des contrats responsables	100% BR	100% BR	100% BR
Patch anti-tabac	non couvert	2% du PMSS par an et par bénéficiaire	4% du PMSS par an et par bénéficiaire

Les remboursements définis dans la grille de garanties ci-dessus devront respecter les exigences définies aux articles R,871-1 et R,871-2 du Code la Sécurité sociale relatifs au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

- **L'Optam (option pratique tarifaire maîtrisée)** : est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2*) ;
- **L'Optam-Co (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)** : est ouverte aux médecins de secteur 2* exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.
- **SMR** : service médical rendu.

(1) : Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie

(2) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles / Réparation sur prothèses

(3) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 41 / 42 / 43 / 44

(4) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 35 / 36 / 37 / 38 / 45 / 46 / 47 / 48

Grille Optique Base Conventiennelle Régime Général	Enfants < 18 ans				Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.	
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
Verres Simple Foyer, Sphérique											
sphère de -6 à +6	2242457, 2251874	12,04 €	7,22 €	40,00 €	172,73 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	40,00 €	164,44 €	
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	90,00 €	290,31 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	90,00 €	266,64 €	
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	90,00 €	312,25 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	90,00 €	270,84 €	
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques											
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	40,00 €	176,21 €	2228412, 2259966	3,66 €	2,20 €	40,00 €	166,10 €	
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €	301,83 €	2254968, 2284527	6,86 €	4,12 €	90,00 €	269,94 €	
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	90,00 €	291,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	90,00 €	269,20 €	
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	90,00 €	314,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	90,00 €	273,04 €	
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques											
sphère de -4 à +4	2284045, 2259245	39,18 €	23,51 €	90,00 €	305,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	90,00 €	270,48 €	
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	90,00 €	310,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	90,00 €	274,68 €	
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques											
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	90,00 €	310,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	90,00 €	274,14 €	
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	90,00 €	338,23 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	90,00 €	291,14 €	
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	60,00 €		2223342	2,84 €	1,70 €	80,00 €		

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée.

Grille Optique Base Conventionnelle Régime Local	Enfants < 18 ans					Rbt Tot.	Adultes					Rbt Tot.
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>												
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	10,84 €	40,00 €	189,12 €	2203240, 2287916	2,29 €	2,06 €	40,00 €	166,68 €		
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	24,01 €	90,00 €	315,46 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	3,71 €	90,00 €	269,98 €		
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	40,47 €	90,00 €	348,38 €	2235776, 2295896	7,62 €	6,86 €	90,00 €	276,28 €		
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>												
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	13,45 €	40,00 €	194,34 €	2226412, 2259966	3,66 €	3,29 €	40,00 €	169,14 €		
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	32,65 €	90,00 €	332,74 €	2254868, 2284527	6,86 €	6,17 €	90,00 €	274,90 €		
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	25,11 €	90,00 €	317,66 €	2212976, 2252668	6,25 €	5,63 €	90,00 €	273,82 €		
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	41,85 €	90,00 €	351,14 €	2288519, 2299523	9,45 €	8,51 €	90,00 €	279,58 €		
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>												
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	35,26 €	90,00 €	337,96 €	2290396, 2291183	7,32 €	6,59 €	90,00 €	275,74 €		
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	38,97 €	90,00 €	345,38 €	2245384, 2295198	10,82 €	9,74 €	90,00 €	282,04 €		
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>												
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	39,24 €	90,00 €	345,92 €	2227038, 2299180	10,37 €	9,33 €	90,00 €	281,22 €		
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	59,96 €	90,00 €	387,36 €	2202239, 2252042	24,54 €	22,09 €	90,00 €	306,74 €		
Monture	2210546	30,49 €	27,44 €	60,00 €		2223342	2,84 €	2,56 €	80,00 €			

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée.

Grille Optique Base Conventionnelle + Option 1 Régime Général	Enfants < 18 ans					Rbt Tot.	Adultes					Rbt Tot.
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>												
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	70,00 €	257,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	110,00 €	349,45 €		
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	90,00 €	315,31 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	130,00 €	391,65 €		
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	110,00 €	377,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	150,00 €	435,85 €		
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>												
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	80,00 €	281,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	120,00 €	371,10 €		
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	100,00 €	346,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	140,00 €	414,94 €		
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	120,00 €	376,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	160,00 €	454,20 €		
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	140,00 €	439,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	180,00 €	498,04 €		
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>												
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	130,00 €	410,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	200,00 €	535,49 €		
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	150,00 €	455,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	220,00 €	579,69 €		
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>												
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	160,00 €	475,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	230,00 €	599,15 €		
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	180,00 €	543,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	250,00 €	656,15 €		
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	85,00 €		2223342	2,84 €	1,70 €	125,00 €			

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée.

Grille Optique Base Conventionnelle + Option 1 Régime Local	Enfants < 18 ans					Rbt Tot.	Adultes					Rbt Tot.
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>												
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	10,84 €	70,00 €	274,12 €	2203240, 2287916	2,29 €	2,06 €	110,00 €	351,68 €		
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	24,01 €	90,00 €	340,46 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	3,71 €	130,00 €	394,98 €		
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	40,47 €	110,00 €	413,38 €	2235776, 2295896	7,62 €	6,86 €	150,00 €	441,28 €		
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>												
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	13,45 €	80,00 €	299,34 €	2226412, 2259966	3,66 €	3,29 €	120,00 €	374,14 €		
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	32,65 €	100,00 €	377,74 €	2254868, 2284527	6,86 €	6,17 €	140,00 €	419,90 €		
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	25,11 €	120,00 €	402,66 €	2212976, 2252668	6,25 €	5,63 €	160,00 €	458,82 €		
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	41,85 €	140,00 €	476,14 €	2288519, 2299523	9,45 €	8,51 €	180,00 €	504,58 €		
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>												
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	35,26 €	130,00 €	442,96 €	2290396, 2291183	7,32 €	6,59 €	200,00 €	540,74 €		
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	38,97 €	150,00 €	490,38 €	2245384, 2295198	10,82 €	9,74 €	220,00 €	587,04 €		
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>												
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	39,24 €	160,00 €	510,92 €	2227038, 2299180	10,37 €	9,33 €	230,00 €	606,22 €		
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	59,96 €	180,00 €	592,36 €	2202239, 2252042	24,54 €	22,09 €	250,00 €	671,74 €		
Monture	2210546	30,49 €	27,44 €	85,00 €		2223342	2,84 €	2,56 €	125,00 €			

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée.

Grille Optique Base Conventionnelle + Option 2 Régime Général		Enfants < 18 ans			Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	80,00 €	292,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	120,00 €	394,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	100,00 €	350,31 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	140,00 €	436,65 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	120,00 €	412,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	160,00 €	480,85 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	90,00 €	316,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	130,00 €	416,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	110,00 €	381,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	150,00 €	459,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	130,00 €	411,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	170,00 €	499,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	150,00 €	474,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	190,00 €	543,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	140,00 €	445,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	210,00 €	580,49 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	160,00 €	490,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	230,00 €	624,69 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	170,00 €	510,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	240,00 €	644,15 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	190,00 €	578,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	260,00 €	701,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €		2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €	

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée.

Grille Optique Base Conventionnelle + Option 2 Régime Local		Enfants < 18 ans			Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	10,84 €	80,00 €	309,12 €	2203240, 2287916	2,29 €	2,06 €	120,00 €	396,68 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	24,01 €	100,00 €	375,46 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	3,71 €	140,00 €	439,98 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	40,47 €	120,00 €	448,38 €	2235776, 2295896	7,62 €	6,86 €	160,00 €	486,28 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	13,45 €	90,00 €	334,34 €	2226412, 2259966	3,66 €	3,29 €	130,00 €	419,14 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	32,65 €	110,00 €	412,74 €	2254868, 2284527	6,86 €	6,17 €	150,00 €	464,90 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	25,11 €	130,00 €	437,66 €	2212976, 2252668	6,25 €	5,63 €	170,00 €	503,82 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	41,85 €	150,00 €	511,14 €	2288519, 2299523	9,45 €	8,51 €	190,00 €	549,58 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	35,26 €	140,00 €	477,96 €	2290396, 2291183	7,32 €	6,59 €	210,00 €	585,74 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	38,97 €	160,00 €	525,38 €	2245384, 2295198	10,82 €	9,74 €	230,00 €	632,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	39,24 €	170,00 €	545,92 €	2227038, 2299180	10,37 €	9,33 €	240,00 €	651,22 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	59,96 €	190,00 €	627,36 €	2202239, 2252042	24,54 €	22,09 €	260,00 €	716,74 €
Monture	2210546	30,49 €	27,44 €	100,00 €		2223342	2,84 €	2,56 €	150,00 €	

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée.



SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris.



JUR2132-02 MMH06-19