

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE  
ANIMATION

# FRAIS DE SANTÉ

**Contrat d'assurance collective**

CONDITIONS GÉNÉRALES

---

Ensemble des salariés



malakoff médéric  
humanis

---

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

▶ PRÉAMBULE .....	4
<b>TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....</b>	<b>4</b>
▶ Article 1 - OBJET DU CONTRAT .....	4
▶ Article 2 - NATURE DES GARANTIES .....	4
▶ Article 3 - INTERVENANTS AU CONTRAT .....	5
▶ Article 4 - PRESCRIPTION.....	5
▶ Article 5 - RECOURS CONTRE TIERS.....	5
▶ Article 6 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	5
▶ Article 7 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION .....	5
▶ Article 8 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	5
<b>TITRE II - EXÉCUTION DU CONTRAT .....</b>	<b>5</b>
▶ Article 9 - PRÉSENTATION DU CONTRAT .....	5
▶ Article 10 - ADHÉSION AU CONTRAT .....	5
▶ Article 11 - VIE DU CONTRAT .....	6
<b>TITRE III - AFFILIATION AU CONTRAT .....</b>	<b>7</b>
▶ Article 12 - AFFILIATION AUX GARANTIES SOUSCRITES PAR L'EMPLOYEUR .....	7
▶ Article 13 - AFFILIATION À TITRE FACULTATIF AUX GARANTIES OPTIONNELLES.....	8
<b>TITRE IV - OUVERTURE, SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES.....</b>	<b>9</b>
▶ Article 14 - DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES.....	9
▶ Article 15 - CESSATION DE L'AFFILIATION.....	9
▶ Article 16 - MAINTIEN DES GARANTIES.....	9
▶ Article 17 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	10

<b>TITRE V - OBLIGATIONS DES PARTIES.....</b>	<b>10</b>
▶ Article 18 - OBLIGATIONS DE L'ORGANISME ASSUREUR .....	10
▶ Article 19 - OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR.....	10
▶ Article 20 - OBLIGATIONS DU SALARIÉ .....	11
<b>TITRE VI - COTISATIONS.....</b>	<b>11</b>
▶ Article 21 - TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS.....	11
▶ Article 22 - MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS .....	11
▶ Article 23 - NON-RÈGLEMENT DES COTISATIONS .....	11
▶ Article 24 - RÉGULARISATION DES COTISATIONS VERSÉES .....	12
<b>TITRE VII - GARANTIES.....</b>	<b>12</b>
▶ Article 25 - DÉTERMINATION DES GARANTIES .....	12
▶ Article 26 - FONCTIONNEMENT DU FONDS SOLIDARITÉ .....	13
▶ Article 27 - SERVICES ASSOCIÉS.....	13
▶ Article 28 - SOINS EFFECTUÉS À L'ÉTRANGER.....	13
▶ Article 29 - MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS.....	13
▶ Article 30 - MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS .....	14
<b>Annexes.....</b>	<b>15</b>
▶ Annexe 1.....	15
▶ Annexe 2.....	16

## ► PRÉAMBULE

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

Les présentes Conditions Générales précisent les modalités de mise en œuvre du régime. Par ailleurs, soucieux d'assurer une mutualisation du régime et un niveau élevé de garanties, les partenaires sociaux 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 - LA MUTUELLE FAMILIALE, union de groupe mutualiste régie par le Code de la Mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social : 111 Rue Cardinet - 75017 PARIS composée de :
  - ✧ LA MUTUELLE FAMILIALE, 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, Assureur, gestionnaire et distributeur
  - ✧ IDENTITÉS MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 379 655 541, Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS, Réassureur et distributeur
  - ✧ UNION NATIONALE MUTUALIA, union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 434 887 386, Siège social : Les Mercuriales - 40, rue Jean Jaurès - 93547 BAGNOLET Cedex, Réassureur et distributeur
  - ✧ ENTIS RÉ, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 337 682 660, Siège social : 39, rue du Jourdil - 74960 CRAN GEVRIER, Réassureur et distributeur

- ✧ 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
  - ✧ EOVI 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

# TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## ► Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Les présentes Conditions Générales forment, avec les Conditions Particulières, le Certificat d'Adhésion ou le Bulletin d'Adhésion qui s'y rapportent, le contrat collectif à adhésion obligatoire. Ce contrat présente également des garanties à adhésion facultative. Il est souscrit par l'employeur dans le but de mettre en place une couverture Frais de santé au bénéfice de ses salariés.

Ce contrat collectif est régi par les dispositions :

- ✧ du Code de la Mutualité et notamment son Livre II ;
- ✧ du Code de la Sécurité sociale ;
- ✧ du Code des Assurances.

## ► Article 2 - NATURE DES GARANTIES

Le présent contrat collectif et obligatoire a pour objet de garantir aux salariés, dans les conditions 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, le remboursement total ou partiel des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en complément des prestations versées par les organismes d'assurance maladie.

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 a également mis en place des options. Ces options pourront être souscrites par l'employeur à titre obligatoire (pour le salarié) ou par le salarié à titre facultatif.

### ► Article 3 - INTERVENANTS AU CONTRAT

**L'employeur** : la personne morale signataire des Conditions Particulières ou du Bulletin d'Adhésion liés aux présentes Conditions Générales.

**Les salariés** : les salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise au moment de l'adhésion, affiliés à un organisme d'assurance maladie, les salariés embauchés postérieurement et dûment affiliés au présent contrat ainsi que les anciens salariés bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

**L'organisme assureur** : l'un des trois organismes assureurs recommandés par la branche et choisi librement par l'employeur.

### ► Article 4 - PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent contrat 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, du fait du salarié, ou, le cas échéant, du fait de son 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 l'action du salarié ou, le cas échéant, de son 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 le salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, ou a été indemnisé par le salarié ou son 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 le salarié ou, le cas échéant, son ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

### ► Article 5 - RECOURS CONTRE TIERS

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du salarié, ou, le cas échéant, de ses 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.

### ► Article 6 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations concernant le salarié ou, le cas échéant, ses 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, les intéressés peuvent demander, en justifiant de leur identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information les concernant qui figurerait sur un fichier utilisé dans le cadre du présent contrat par courrier au siège de l'organisme assureur.

### ► Article 7 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Toute demande de réclamation pourra être adressée par l'employeur, le salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, au siège de l'organisme assureur.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à l'organisme assureur choisi par l'employeur tel qu'il est déterminé aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin d'Adhésion.

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.

### ► Article 8 - 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.

## TITRE II - EXÉCUTION DU CONTRAT

### ► Article 9 - PRÉSENTATION DU CONTRAT

Au moment de son adhésion, l'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, le salarié a la possibilité d'y souscrire de manière facultative.

Seul le salarié est couvert à titre obligatoire par l'employeur. Les salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit peuvent le faire à titre facultatif.

### ► Article 10 - ADHÉSION AU CONTRAT

Peuvent adhérer auprès de l'un des organismes assureurs recommandés les entreprises et associations relevant de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 ou les entreprises ne relevant

pas de cette CCN et souhaitant l'appliquer, dans son intégralité, de manière volontaire.

L'adhésion au présent contrat est formalisée au moyen des Conditions Particulières, du Certificat d'Adhésion ou du Bulletin d'Adhésion.

## ► Article 11 - VIE DU CONTRAT

### Article 11.1 Date d'effet du contrat

Le présent contrat conclu entre l'employeur et l'organisme assureur prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin d'Adhésion émis par l'organisme assureur après adhésion de l'employeur.

### Article 11.2 Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il est ensuite tacitement reconduit au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties au présent contrat selon les modalités prévues à l'article 11.5 des présentes Conditions Générales.

### Article 11.3 Modification et résiliation des garanties optionnelles

#### Modification des garanties optionnelles par l'employeur

Chaque année, l'employeur a la possibilité de modifier les garanties souscrites au moment de son adhésion en :

- ✎ souscrivant l'une des options ;
- ✎ modifiant, à la hausse ou à la baisse, l'option souscrite.

Toute demande de souscription ou de modification des garanties optionnelles est formalisée par la signature d'un nouveau Bulletin d'Adhésion devant être adressé à l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année en cours.

La demande de souscription ou de modification sera alors effective au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

La souscription ou la modification de l'option est confirmée par l'organisme assureur.

#### Résiliation des garanties optionnelles

Les garanties optionnelles peuvent être résiliées annuellement par l'employeur par lettre recommandée, avec accusé de réception, adressée avant le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation sera alors effective au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

### Article 11.4 Révision du contrat

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies dans le présent contrat ont été établies en application de l'avenant n°154 du 19 mai 2015 à la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988.

Les organismes assureurs recommandés s'engagent donc à réviser le présent contrat par voie d'avenant dans le cas où la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 venait à faire évoluer le régime complémentaire Frais de santé mis en place.

Par ailleurs, en cas d'évolution des dispositifs légaux et réglementaires sur lesquels est fondée la mise en place du régime Frais de Santé de la branche Animation, il est prévu que le présent contrat sera adapté aux nouvelles dispositions en vigueur.

Dans le cas où de telles évolutions législatives ou réglementaires nécessiteraient l'aménagement du présent contrat, les organismes assureurs recommandés proposeront par voie d'avenant les aménagements nécessaires à sa mise en conformité.

### Article 11.5 Cessation du contrat

Le présent contrat cesse en cas de :

- ✎ cessation d'activité de l'employeur ;
- ✎ changement d'activité faisant sortir l'employeur du champ d'application de la CCN Animation, sous réserve des dispositions prévues par l'article L. 2261-14 du Code du Travail ou dès lors que l'employeur n'est plus appliquant volontaire de la CCN Animation ;
- ✎ résiliation du présent contrat par l'employeur ou l'organisme assureur pouvant avoir lieu :
  - ✎ au terme de chaque exercice à l'initiative de l'employeur ou de l'organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'autre partie, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois précédant l'échéance annuelle de son renouvellement, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, comme prévu par l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, les articles L. 932-12 et R. 932-1-6 du Code de la Sécurité sociale et l'article L. 113-12 du Code des Assurances ;
  - ✎ au terme de la procédure de non-règlement des cotisations telle qu'elle est prévue à l'article 23-1 du présent contrat.

En cas de cessation du présent contrat, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, perdent le bénéfice des garanties prévues par celui-ci.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur le décompte de l'organisme d'Assurance maladie est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge par l'organisme assureur.

En cas de résiliation du contrat cadre - Régime Frais de santé établi entre les partenaires sociaux de la branche Animation et les organismes assureurs recommandés, par l'organisme assureur, celui-ci sera tenu d'informer les entreprises adhérentes et les parties prenantes au contrat cadre de la résiliation de ce contrat cadre au moins 3 mois avant la date d'effet de ladite résiliation, afin que celles-ci puissent résilier leur contrat d'assurance si elles le souhaitent.

# TITRE III - AFFILIATION AU CONTRAT

## ► Article 12 - AFFILIATION AUX GARANTIES SOUSCRITES PAR L'EMPLOYEUR

### Article 12.1 Modalités d'affiliation à titre obligatoire des salariés

Conformément 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, le présent contrat couvre tous les salariés de manière obligatoire.

L'affiliation des salariés est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

#### Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation du salarié prend effet :

- ✦ à la date d'adhésion de l'employeur au présent contrat ;
- ✦ à compter de sa date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise lorsque le salarié est embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'employeur au présent contrat,
- ✦ à compter de la date à laquelle il ne bénéficie plus d'une dispense d'affiliation telle que définie ci-dessous.

#### Exception : cas de dispense d'affiliation prévus dans 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

L'obligation d'affiliation des salariés au présent contrat s'entend sous réserve des cas de dispenses prévus dans 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, comme suit :

*« 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. »**

La mise en œuvre de l'un de ces cas de dispenses ne peut avoir lieu que sur **demande expresse auprès de l'employeur formulée par le salarié concerné** qui devra, le cas échéant, produire toute pièce lui permettant de justifier que sa situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation mis en place 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.

**Cette demande doit être formulée par le salarié dans les 30 jours qui suivent la mise en place du régime, son embauche, son changement de situation ou la date à laquelle il réunit les conditions pour bénéficier de cette dispense.**

Cette demande doit comprendre la mention selon laquelle l'employeur a informé le salarié des conséquences de son choix, à savoir qu'il ne pourra pas bénéficier du contrat Frais de santé mis en place au sein de l'entreprise ni à la portabilité des garanties Frais de santé prévues par ce contrat en cas de cessation de son contrat de travail.

Le salarié ne bénéficie plus de la dispense d'affiliation :

- ✦ à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
- ✦ à la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à son employeur.

### Article 12.2 Modalités d'affiliation à titre facultatif des ayants droit

Les salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit à titre facultatif peuvent le faire au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

Les ayants droit bénéficient obligatoirement des mêmes garanties que celles dont bénéficient les salariés.

#### Définition des ayants droit

On entend par ayant droit:

- ✦ le conjoint du salarié bénéficiant de son affiliation à un organisme d'Assurance maladie du fait de l'affiliation du salarié 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 présent contrat.

- ✦ les enfants à charge du salarié.  
Sont considérés comme enfants à charge :
  - ✦ les enfants du salarié et ceux de son 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.
  - ✦ les 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 la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'événement.

Les pièces justifiant de la qualité des ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur demande d'affiliation par le salarié.

### **Prise d'effet de l'affiliation**

L'affiliation des ayants droit prend effet :

- ✦ à la date de prise d'effet de l'affiliation du salarié au présent contrat si la demande se fait simultanément ;
- ✦ au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation ou de la 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 ses ayants droit à titre facultatif engage le salarié pour une durée minimale d'une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

### **Cessation de l'affiliation de l'ayant droit**

Le salarié peut dénoncer chaque année l'affiliation de l'un ou de ses 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.

Si l'ayant droit du salarié vient à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, le salarié pourra 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 son ayant droit à un régime obligatoire, datant de moins de 3 mois.

La dénonciation prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de couverture des ayants droit par le salarié, ne pourra intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de l'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-avant.

## **► Article 13 - AFFILIATION À TITRE FACULTATIF AUX GARANTIES OPTIONNELLES**

### **Article 13.1 Principe**

Le salarié a la possibilité d'améliorer pour lui-même et, le cas échéant, pour ses ayants droit, le niveau de garanties souscrit par l'employeur en demandant son affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix retenu par le salarié pour lui-même, s'imposera d'office à ses ayants droit s'il a 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.

### **Article 13.2 Prise d'effet**

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- ✦ à la date de prise d'effet de l'affiliation obligatoire du salarié au présent contrat, si la demande se fait simultanément ;
- ✦ au 1<sup>er</sup> 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.

### **Article 13.3 Modification des garanties**

Le salarié pourra modifier chaque année l'option choisie pour lui et ses ayants droit, 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<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

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

Toutefois, il lui sera toujours possible de dénoncer annuellement les garanties optionnelles souscrites dans les conditions prévues à l'article 13.4 des présentes Conditions Générales.

### **Article 13.4 Dénonciation**

Le salarié peut 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<sup>er</sup> 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.



# TITRE IV - OUVERTURE, SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

## ► Article 14 - DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat prennent effet pour le salarié et, le cas échéant, pour ses ayants droit, à la date de prise d'effet de leur affiliation tels que prévus aux articles 12 et 13 des présentes Conditions Générales.

## ► Article 15 - CESSATION DE L'AFFILIATION

L'affiliation au présent contrat cesse :

- ❖ à la date de liquidation de la pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse par le salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- ❖ à la date de rupture du contrat de travail du salarié (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties prévues à l'article 16 ;
- ❖ à la date du décès du salarié ;
- ❖ pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales ;
- ❖ en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat par l'organisme assureur ou par l'employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du salarié et, à la même date, la cessation de l'affiliation de ses éventuels ayants droit ainsi que la cessation des garanties optionnelles éventuellement souscrites par le salarié.

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

## ► Article 16 - MAINTIEN DES GARANTIES

### Article 16.1 Maintien des garanties pour les anciens salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient du maintien temporaire à titre gratuit de la couverture prévue par le présent contrat 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, selon les conditions suivantes :

- ❖ maintien de garanties applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.
- ❖ cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- ❖ maintien de garanties subordonné à la condition que les droits à

remboursements complémentaires aient été ouverts par le salarié auprès de l'employeur ;

- ❖ maintien des mêmes garanties que celles en vigueur dans l'entreprise ;
- ❖ maintien de garanties subordonné à la justification par l'ancien salarié auprès de l'organisme assureur, de son indemnisation chômage, selon les modalités prévues par ledit organisme assureur.

L'employeur est tenu de signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et devra informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation. Son coût, fixé en pourcentage de la cotisation globale, est compris dans le taux de cotisation fixé aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin d'Adhésion.

Par conséquent, aucune contrepartie de cotisation ne sera demandée à l'ancien salarié bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

### Article 16.2 Maintien des garanties à titre individuel

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

- ❖ 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 des garanties prévu à l'article 16.1.
- ❖ 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 adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux mois qui suivent leur radiation du contrat collectif

obligatoire, sous réserve que l'employeur l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ».

## ► Article 17 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

### Article 17.1 Suspension du contrat de travail indemnisée

L'affiliation des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, 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 l'employeur.

Le bénéfice des garanties est également maintenu au profit des salariés dont le 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, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

### Article 17.2 Suspension du contrat de travail non indemnisée

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, comme par exemple pour congé sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficient pas du maintien du présent contrat Frais de Santé.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié 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 au titre du salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Les salariés pourront toutefois continuer à bénéficier des garanties prévues dans le cadre du présent contrat durant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

## TITRE V - OBLIGATIONS DES PARTIES

## ► Article 18 - OBLIGATIONS DE L'ORGANISME ASSUREUR

### Article 18.1 Établissement de la notice d'information

Conformément à l'article 12 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin », l'organisme assureur s'engage à établir une notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Cette notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription pour agir.

La notice d'information est établie puis remise par l'organisme assureur à l'employeur qui est tenu de remettre un exemplaire de cette notice d'information à tous les salariés affiliés au présent contrat et de conserver la preuve de cette remise.

### Article 18.2 Communication des résultats et des frais de gestion

L'organisme assureur fournira chaque année les comptes de résultats correspondant au périmètre des contrats souscrits sur la branche Animation.

À l'occasion de la communication des résultats de la branche Animation et en application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale,

l'organisme assureur communique le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition prélevés.

## ► Article 19 - OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

### Article 19.1 Remise de la notice d'information aux salariés

L'employeur est tenu de remettre un exemplaire de la notice d'information établie par l'organisme assureur à chaque salarié affilié au présent contrat et de conserver la preuve de cette remise.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des salariés et qu'une nouvelle notice d'information ou un additif est établi par l'organisme assureur, l'employeur est également tenu d'en informer les salariés affiliés au moins trois mois à l'avance et de leur remettre ladite notice d'information actualisée.

**L'employeur est seul responsable à l'égard du salarié en l'absence de remise de la notice d'information.**

### Article 19.2 Mise à jour des effectifs

L'employeur communique à l'organisme assureur les entrées et sorties de personnel au sein des effectifs ainsi que les dates y afférant, selon la périodicité retenue par l'organisme assureur

Pour les sorties d'effectifs, l'employeur devra également renseigner le motif de départ.

## ► Article 20 - OBLIGATIONS DU SALARIÉ

En cas de modification de sa situation ayant des conséquences sur son affiliation au régime complémentaire souscrit de manière obligatoire par

l'employeur ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), le salarié est tenu de s'adresser directement auprès de l'organisme assureur.

# TITRE VI - COTISATIONS

## ► Article 21 - TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS

En application de l'avenant n°154 du 19 mai 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.

Le taux de la cotisation est indiqué aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin d'Adhésion.

Les organismes assureurs recommandés dans le cadre de l'avenant n°154 du 19 mai 2015 à la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 se sont engagés à ce que les taux de cotisations soient maintenus durant 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du régime soit le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Au-delà de cette date, la branche de l'Animation et les organismes assureurs piloteront les éventuelles évolutions ultérieures.

En tout état de cause, dans le cas d'une évolution légale ou réglementaire susceptible d'avoir une influence sur les cotisations et/ou les prestations prévues par le présent contrat, la branche de l'Animation et les organismes assureurs se rencontreront pour y apporter les modifications nécessaires à sa mise en conformité.

Ces modifications impacteront le présent contrat selon les modalités prévues par l'article 11.4 des présentes Conditions Générales.

## ► Article 22 - MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

### Article 22.1 Garanties souscrites par l'employeur

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

Cette dernière est cofinancée à hauteur de 50 % par l'employeur et 50 % par le salarié.

La participation du salarié est directement précomptée par l'employeur sur sa fiche de paie.

### Article 22.2 Couverture à titre facultatif de vos ayants droit

La couverture facultative des ayants droit est entièrement à la charge du salarié en contrepartie :

- ✦ d'une cotisation « conjoint » pour le conjoint du salarié tel que défini à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales (cotisation additionnelle facultative) ;

- ✦ d'une cotisation « enfant » pour les enfants tels que définis à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales (cotisation additionnelle facultative par enfant, gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant).

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

### Article 22.3 Garanties optionnelles souscrites à titre facultatif

La cotisation additionnelle servant au financement des garanties facultatives souscrites par le salarié en option 1 ou 2 pour lui-même et ses éventuels ayants droit est entièrement à sa charge.

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

## ► Article 23 - NON-RÈGLEMENT DES COTISATIONS

### Article 23.1 Possibilité pour l'organisme assureur de résilier le contrat

#### Au titre des garanties souscrites à titre obligatoire par l'employeur

L'article L. 221-8 du Code de la Mutualité, l'article L. 932-9 du Code de la Sécurité sociale et l'article L. 141-3 du Code des Assurances prévoient qu'en cas de non-paiement des cotisations 10 jours après l'échéance, l'organisme assureur pourra envoyer, par lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure à l'employeur.

Cette lettre l'informe notamment que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension, voire même la résiliation de la garantie.

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

La garantie pourra alors être résiliée 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoient l'article L. 221-8 du Code de la Mutualité, l'article L. 932-9 du Code de la Sécurité sociale et l'article L. 141-3 du Code des Assurances.

Sauf décision différente de l'organisme assureur, le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance durant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, Le salarié est informé que le défaut de paiement par l'employeur est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur pour le paiement des cotisations.

### **Au titre des garanties souscrites à titre facultatif par le salarié**

Dans le cadre des garanties facultatives que le salarié peut souscrire (couverture de ses ayants droit ; garanties optionnelles), en cas de non-paiement des cotisations 10 jours après l'échéance, l'organisme assureur envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au salarié, 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.

Cette lettre informe notamment le salarié 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.

### **Article 23.2 Majorations de retard**

À défaut de paiement des cotisations finançant les garanties collectives dans les dix jours suivant l'échéance, l'organisme assureur pourra appliquer des majorations de retard.

Les majorations de retard dues au titre des garanties souscrites à titre obligatoire seront à la charge exclusive de l'employeur.

### **► Article 24 - RÉGULARISATION DES COTISATIONS VERSÉES**

À partir des données concernant les effectifs communiqués par l'employeur à l'organisme assureur, une régularisation des cotisations versées sera effectuée par l'organisme assureur. Cette régularisation se fera selon la périodicité retenue par l'organisme assureur.

## **TITRE VII - GARANTIES**

### **► Article 25 - DÉTERMINATION DES 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.

Le détail de ces prestations est présenté en annexe aux présentes Conditions Générales.

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 ;
- ✦ des 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 présent contrat sera mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec les partenaires sociaux et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, par voie d'avenant signé par les parties.

En aucun cas les termes du présent contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats dits « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

### **Article 25.1 Dispositions relatives au « contrat responsable »**

Les garanties définies en annexe aux présentes Conditions Générales sont conformes aux conditions spécifiques propres aux contrats responsables énoncées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En aucun cas les termes du présent contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats dits « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

#### **Le présent contrat ne prend pas en charge :**

- ✦ la majoration de la participation du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit prévue à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 1111-15 du Code de la Santé publique (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel) ;
- ✦ les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le salarié et, le cas échéant, ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit, à titre informatif, au minimum 8 euros) ;
- ✦ la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;
- ✦ la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D322-5 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour :

- 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L5111-2, L5121-1 et L5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
- 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue, à la date de signature du présent contrat ou à l'avenir par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du présent contrat.

## Article 25.2 Dispositions relatives au « Panier de soins minimum »

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 a été conclu dans l'optique de se mettre en conformité avec les dispositions de la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Dans ce contexte, des garanties minimales ont été fixées par le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014.

Le régime Frais de Santé mis en place 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 respecte les minima de garanties définis par ce décret.

## ‣ Article 26 - FONCTIONNEMENT DU FONDS SOLIDARITÉ

La fraction de cotisation consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif sera affectée à un fonds dédié à cet effet.

L'utilisation de cette contribution est conforme aux dispositions de l'avenant n°154 du 19 mai 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.

## ‣ Article 27 - SERVICES ASSOCIÉS

L'organisme assureur choisi par l'employeur met à la disposition du salarié et, le cas échéant, de ses 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.

## ‣ Article 28 - SOINS EFFECTUÉS À L'ÉTRANGER

Les garanties prévues par le présent 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 français et sont versées en euros.

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

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

## ‣ Article 29 - MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

### Article 29.1 Montants retenus

- Prestations exprimées en pourcentage de la Base de remboursement (« BR »)  
La Base de remboursement constitue le tarif de référence utilisé par les organismes d'assurance maladie pour calculer le taux de remboursement du régime de base.  
La base de remboursement applicable est celle en vigueur à la date de survenance de l'événement.
- Prestations exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (« PMSS »)  
Le Plafond mensuel de la Sécurité sociale est un montant fixé chaque année par arrêté et utilisé pour déterminer le calcul de certaines cotisations et prestations sociales.
- Prestations exprimées en forfait euros  
Le montant de remboursement peut être exprimé en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

### Article 29.2 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.

### Article 29.3 Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre organisme assureur

Le salarié bénéficiant par ailleurs d'une couverture Frais de Santé à titre individuel a la possibilité de faire intervenir l'organisme assureur de son choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

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

La contribution de chacun d'eux 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, il devra produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenant en premier niveau de remboursement complémentaire.

## Article 29.4 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 la charge du salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

## ► Article 30 - MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### Article 30.1 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 la part du salarié, ou le cas échéant, de son 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 le salarié ou le cas échéant, son ayant droit, a refusé la télétransmission.
- ✂ les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du salarié ou, le cas échéant, de son ayant-droit couvert à titre facultatif.

Lors de l'affiliation, le salarié ou, le cas échéant, son ayant-droit couvert fournit 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, le salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, produisent leurs 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, comme le prévoit l'article 29.3 du présent contrat, le salarié ou, le cas échéant, son ayant droit devra 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 présent contrat.

### Article 30.2 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 directement au salarié ou, le cas échéant, à son ayant droit par virement sur son compte bancaire ;
- ✂ soit aux professionnels de santé si le salarié ou, le cas échéant, son ayant droit a fait usage du Tiers payant.

### Article 30.3 Frais supplémentaires

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

# ANNEXES

## ► Annexe 1

### 1 Modalités d'application des garanties

#### Fonctionnement du 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 » peuvent 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 le salarié ou, le cas échéant, son 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 ci-après.

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

<b>CCN DE L'ANIMATION REGIME FRAIS DE SANTE</b>			
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
<b>Frais d'hospitalisation</b>			
<b>Chirurgie - Hospitalisation</b>			
Conventionnée Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
Conventionnée honoraires <b>OPTAM / OPTAM-CO</b>	170% BR	220% BR	220% BR
Conventionnée honoraires non <b>OPTAM / OPTAM-CO</b>	150% BR	200% BR	200% BR
<b>Forfait hospitalier (hospitalisation)</b>	couverture aux frais réels, actuellement : 20 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 20 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 20 € par jour
<b>Forfait hospitalier (psychiatrie)</b>	couverture aux frais réels, actuellement : 15 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 15 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 15 € par jour
<b>Forfait actes lourd</b>	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €
<b>Chambre particulière par jour</b>			
Conventionnée	non couverte	2% du PMSS	3% du PMSS
<b>Personne accompagnante</b>			
Conventionnée	non couverte	1,5% du PMSS	2% du PMSS
<b>Frais médicaux</b>			
Consultations - visites Généralistes <b>OPTAM / OPTAM-CO</b> et non <b>OPTAM / OPTAM-CO</b>	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Spécialistes <b>OPTAM / OPTAM-CO</b>	170% BR	220% BR	220% BR
Consultations - visites Spécialistes non <b>OPTAM / OPTAM-CO</b>	150% BR	200% BR	200% BR
<b>Pharmacie SMR important</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Pharmacie SMR modéré et homéopathie</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Pharmacie SMR faible</b>	non couverte	100% BR	100% BR
<b>Vaccins non remboursés par la Ss</b>	non couvert	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	2% du PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Analyses</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Actes techniques médicaux (petite chirurgie) <b>OPTAM / OPTAM-CO</b></b>	100% BR	145% BR	170% BR
<b>Actes techniques médicaux (petite chirurgie) non <b>OPTAM / OPTAM-CO</b></b>	100% BR	125% BR	150% BR
<b>Radiologie <b>OPTAM</b> et non <b>OPTAM</b></b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Orthopédie et autres prothèses</b>	100% BR	200% BR	300% BR
<b>Prothèses Auditives</b>	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)
<b>Transport accepté par la Sécurité sociale</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Dentaire limite à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du Décret n°2014-1025</b>			
<b>Soins dentaires (1)</b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Onlays-Inlays</b>	100% BR	150% BR	175% BR
<b>Orthodontie</b>			
Acceptée par la Sécurité sociale	200% BR	250% BR	300% BR
Refusée par la sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
<b>Prothèses dentaires (2)</b>			
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
<b>Parodontologie</b>	non couverte	non couverte	non couverte
<b>Implantologie (implant et pilier dentaire)</b>	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
<b>Lentilles remboursées par la Sécurité sociale</b>	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		
<b>Chirurgie réfractive</b>	non couverte	22% du PMSS par œil	35% du PMSS par œil
<b>Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)</b>			
Acceptée par la Sécurité sociale	non couverte	5% du PMSS	7% du PMSS
<b>Médecines douces (Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs, Chiropracteurs et Psychologues)</b>			
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
<b>Ostéodensitométrie osseuse</b>			
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
<b>Actes de Prévention</b>			
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
<b>Verres Simple Foyer, Sphérique</b>											
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 €	
<b>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</b>											
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 €	
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</b>											
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 €	
<b>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</b>											
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 €	
<b>Monture</b>	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 €	
<b>Monture</b>	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 €	
<b>Monture</b>	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 €	
<b>Monture</b>	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 €
<b>Monture</b>	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 €
<b>Monture</b>	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.



JUR2133-02 MMH1906