

# CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

## CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE

# Sommaire

TITRE I – DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT .....	4
1. Objet du contrat .....	4
2. Références légales.....	4
3. Date d’effet, durée et renouvellement du contrat .....	4
4. Modification du contrat .....	4
5. Résiliation du contrat .....	6
6. Étendue territoriale.....	6
7. Subrogation .....	6
8. Forclusion / prescription .....	6
9. Contrôle médical .....	7
10. Réclamations .....	7
11. Médiation .....	7
12. Protection des données personnelles.....	8
13. Lutte contre le blanchiment des capitaux.....	9
14. Autorité de contrôle.....	9
TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AU SOUSCRIPTEUR.....	9
15. Souscription du contrat.....	9
16. Les obligations déclaratives du souscripteur .....	9
17. La remise de la notice d’information aux membres participants .....	10
TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX MEMBRES PARTICIPANTS .....	10
18. Les conditions d’affiliation au contrat.....	10
19. Date d’effet de la garantie santé.....	11
20. Cessation de la garantie santé.....	11
21. Les maintiens de la garantie santé .....	13
TITRE IV DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS .....	15
22 – Structure et montant de la cotisation .....	15
23 – Révisions tarifaires.....	15
24 – Paiement des cotisations.....	16
25 – Défaut de paiement des cotisations.....	16
TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE SANTE ET AUX PRESTATIONS .....	17
26 – Les bénéficiaires de la garantie sante.....	17
27 – La garantie sante .....	17
28 – Les exclusions .....	18

29 – Exclusions des garantirs facultatives .....	19
30 – Les garanties complémentaires .....	19
31 – Règlement des prestations .....	19
32 - Recouvrement des prestations indues.....	22
33 - Garanties en inclusion .....	22
34 - Services supplémentaires.....	22
35 – Fonds d’action sociale .....	22
TITRE VI. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS « ALLOCATIONS OBSEQUES » .....	23
36. DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS .....	23
37. REVALORISATION DES CAPITAUX POST-MORTEM .....	24
38. CONTRATS EN DÉSHÉRENCE ET TRANSFERT À LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS (CDC) .....	24
39. INFORMATION ANNUELLE.....	24
<b>ANNEXE 1 : QU’EST-CE QU’UNE GARANTIE RESPONSABLE ? .....</b>	<b>25</b>

# **TITRE I – DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT**

---

## **1. OBJET DU CONTRAT**

Le présent contrat a pour objet de faire bénéficier les membres du personnel du Souscripteur ou d'une catégorie du personnel du Souscripteur définie aux Conditions Particulières ainsi que leurs ayants droit de prestations santé en complément des prestations en nature servies par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le contrat se compose des présentes conditions générales valant notice d'information, des conditions particulières propres au Souscripteur présentant les garanties choisies, et de l'annexe relative aux garanties responsables (Annexe 1). Le Souscripteur peut, à tout moment, demander la transmission de ces documents sur support papier en adressant une demande à cet effet à la Mutuelle.

Le contrat est un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit auprès d'AÉSIO mutuelle (ci-après la "mutuelle"). La totalité de la catégorie de personnel à assurer définie aux Conditions Particulières doit obligatoirement adhérer au contrat. Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispenses prévus par la réglementation en vigueur ainsi que ceux expressément prévus dans l'acte instituant le régime de frais de santé à savoir, soit une convention ou un accord collectif, soit un projet d'accord déposé par le chef d'entreprise et ratifié par la majorité des salariés soit une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit et remise à chaque intéressé.

Selon la réglementation en vigueur, le Souscripteur doit conserver les documents justifiant des cas de dispense pour chaque salarié bénéficiaire concerné, afin de les produire en cas de demande des administrations sociales et fiscales.

Les salariés affiliés au contrat acquièrent la qualité de membre participant de la mutuelle conformément à l'article L. 221-2.III du Code de la mutualité. Les membres participants sont représentés à l'assemblée générale de la mutuelle, conformément à l'article L. 114-6 du Code de la mutualité, selon les dispositions statutaires de la mutuelle.

## **2. REFERENCES LEGALES**

Le présent contrat est régi par le Code de la mutualité.

Il est émis dans le cadre du dispositif légal relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » défini à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale. En conséquence, la garantie et les niveaux de remboursement devront suivre les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables qui pourraient intervenir ultérieurement.

Les garanties responsables respectent l'ensemble des critères indiqués en annexe 1 des présentes Conditions générales.

## **3. DATE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT**

**Le contrat collectif prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières sous réserve de la signature de celles-ci par les parties. Il se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'exercice en cours. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année sauf résiliation par le Souscripteur notifiée par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité deux (2) mois au moins avant l'échéance annuelle.**

## **4. MODIFICATION DU CONTRAT**

### **4.1 – Modification des Conditions Particulières**

Toute modification des Conditions Particulières du contrat collectif est constatée par un avenant signé par le Souscripteur et la mutuelle.

### **4.2 Modification de la garantie**

La garantie est modifiable une fois par an au 1er janvier sur demande écrite du Souscripteur accompagnée des justificatifs nécessaires.

La demande de modification de garantie doit être effectuée à la mutuelle par le Souscripteur avant le 1er décembre de l'exercice pour une prise d'effet au 1er janvier de l'exercice suivant.

Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants par barème de prestation à jour ou notice d'information actualisée par la mutuelle et remise à chaque intéressé par le Souscripteur

Pour les garanties optionnelles définies dans les Conditions particulières, le membre participant peut demander le changement de niveau de sa garantie à la hausse, à la condition d'effectuer sa demande avant le 31 octobre de l'année en cours.

La modification de la garantie prendra alors effet au 1er janvier de l'année suivante

La mutuelle pourra accepter une modification de la garantie optionnelle en cours d'année dans les cas suivants :

- changement de situation familiale du membre participant dûment justifiée : jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit. Dans ce cas, le membre participant pourra demander le changement de renfort dans les trois (3) mois qui suivent l'événement. La modification prendra effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

- En cas de modification des droits et obligations des membres participants relatifs au renfort souscrit, ces derniers peuvent demander le changement de leur renfort dans un délai d'un mois à compter de la remise, par la personne morale souscriptrice, de la notice comportant les modifications. Dans ce cas, le changement de renfort ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

### **4.3 Modification de la structure de cotisation**

Toute demande de modification de la structure de cotisation définie aux Conditions Particulières doit être effectuée par écrit à la mutuelle par le Souscripteur avant le 1er décembre de l'exercice pour une prise d'effet au 1er janvier de l'exercice suivant.

### **4.4 Autres modifications contractuelles ou administratives**

Tout autre changement peut être réalisé sur demande écrite du Souscripteur à tout moment de l'année (adresse, modalités de paiement,..).

### **4.5 Modifications juridiques**

En cas de survenance de l'un des événements suivants, le Souscripteur s'engage à en informer la Mutuelle dans un délai de quinze (15) jours :

- cession d'activité : à compter de la décision définitive de la cession d'activité par l'organe compétent de du Souscripteur ;
- dépôt de bilan : à compter de la date de la déclaration de cessation des paiements par le Souscripteur auprès du greffe du tribunal compétent ;
- redressement judiciaire : à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure de redressement judiciaire ;
- liquidation judiciaire : à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure de liquidation judiciaire.

En cas de modification de la structure juridique du Souscripteur (notamment en cas de fusion absorption, transmission universelle du patrimoine), ce dernier est tenu d'en informer immédiatement la Mutuelle. Le maintien ou, le cas échéant, la résiliation du contrat collectif, est alors soumis aux dispositions réglementaires applicables dans de tels cas.

En cas de changement du représentant légal, de numéro d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés ou d'adresse du siège social, le Souscripteur est tenu d'en informer immédiatement la Mutuelle.

### **4.6 Évolutions législatives et réglementaires**

Le contrat tient compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à sa date d'effet. En cas de modification de ces dispositions, la Mutuelle peut procéder à une révision du contrat, au plus tôt à leur date d'effet. Cette modification donnera lieu à la signature d'un avenant par le Souscripteur. Les dispositions antérieures continuent de s'appliquer au contrat jusqu'à la prise d'effet de ce dernier sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate. En cas de modification de la législation fixant les critères des contrats responsables, la mise en conformité des garanties avec les nouveaux critères pourra se faire automatiquement par l'envoi par la Mutuelle d'un additif au contrat. Ainsi, ces adaptations ne donneront pas nécessairement lieu à la signature d'un avenant.

## **5. RESILIATION DU CONTRAT**

### **5.1 Résiliation à l'initiative de l'entreprise**

#### **a. Résiliation à l'échéance annuelle**

Le Souscripteur a chaque année la faculté de résilier le contrat en le notifiant, par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance (le 31 octobre au plus tard). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit le 31 décembre.

#### **b. Résiliation infra-annuelle**

Le Souscripteur peut résilier son contrat en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la mutuelle de la demande de résiliation.

Le membre participant peut demander à la mutuelle de devenir membre participant à titre individuel.

### **5.2 Résiliation à l'initiative de la mutuelle**

La mutuelle a chaque année la faculté de résilier le contrat en envoyant une lettre recommandée au Souscripteur au moins deux (2) mois avant la date d'échéance (le 31 octobre au plus tard). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit le 31 décembre.

Le contrat peut également être résilié à tout moment par la mutuelle selon les modalités prévues à l'article 25 en cas de défaut de paiement des cotisations.

## **6. ÉTENDUE TERRITORIALE**

Pour la souscription et l'exécution du présent contrat, le Souscripteur doit être domiciliée en France. Pour les Souscripteurs dont le siège se trouve à l'étranger, l'établissement avec lequel le contrat est conclu doit être situé en France.

## **7. SUBROGATION**

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées en application du présent contrat dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

## **8. FORCLUSION / PRESCRIPTION**

### **Forclusion.**

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être adressées à la mutuelle dans le délai de vingt-quatre (24) mois à compter de la date des soins ou de facture.

### **Prescription.**

En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du Membre Participant décédé.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance, ainsi qu'en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant ou de ses ayants 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 membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (notamment reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur ou au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

## **9. CONTROLE MEDICAL**

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

La Mutuelle se réserve également le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du régime.

Préalablement au contrôle, le bénéficiaire est prévenu des modalités des examens demandés par la Mutuelle.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le Membre participant devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le bénéficiaire et la Mutuelle, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et/ou le gestionnaire et le Membre participant supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et le Membre participant. »

## **10. RECLAMATIONS**

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation peut être formulée oralement :

- Par téléphone au numéro indiqué sur la carte de tiers-payant (appel non surtaxé)
- Après d'une agence : la liste de nos agences est disponible sur notre site aesio.fr

Lorsque la réclamation est formulée oralement, si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée, il doit alors formuler son insatisfaction au moyen d'un écrit (formulaire en agence, formulaire en ligne, courrier).

La réclamation peut aussi être directement formulée par écrit :

- En complétant le formulaire de réclamation disponible en agence
- Via le formulaire de contact de l'espace adhérent, accessible depuis notre site aesio.fr
- Par courrier : AÉSIO mutuelle – Service Réclamations – TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours maximum à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour en accuser réception.

Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite.

## **11. MEDIATION**

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la Mutuelle ou en l'absence de réponse dans un délai de deux (2) mois, le réclamant peut avoir recours à la procédure gracieuse de médiation auprès du Médiateur de la Mutualité Française.

Il peut être saisi :

- Par courrier : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15
- Via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr/saisirmediateur/>.

Le Médiateur ne peut intervenir que :

- si le réclamant a préalablement formulé une réclamation écrite auprès de la Mutuelle
- si le réclamant effectue sa saisine dans le délai d'un (1) an après cette réclamation écrite.

## **12. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES**

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), l'Entreprise reconnaît avoir été informée par la mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

L'Entreprise reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel du membre participant et de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

La Mutuelle est également légitime à utiliser les données à caractère personnel des membres participants et ayants droit obligatoires pour proposer des offres commerciales analogues en complément de la garantie initialement souscrite. Dans ce cas, les personnes concernées peuvent s'y opposer. En dehors de ce cas, la prospection commerciale peut être réalisée sur la base du consentement des personnes concernées.

Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la mutuelle ainsi que ses tiers autorisés, et notamment ses délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et l'Entreprise. La liste des tiers autorisés est disponible sur le site internet de la mutuelle via la Charte de protection des données.

La mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

L'Entreprise est informée que la Mutuelle peut être amenée au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, la Mutuelle met en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

La mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles collectées par l'Entreprise. La mutuelle est également susceptible de traiter des données personnelles de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées

lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Le membre participant et/ou ses ayants droit peu(ven)t également retirer leur consentement à recevoir de la prospection commerciale pour des services ou garanties non similaires à l'offre initialement proposée.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le membre participant et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité comportant la signature du demandeur (carte d'identité, passeport) et d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle – Délégué à la Protection des Données, 173 rue de Bercy 75012 PARIS par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le membre participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

### **13. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX**

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander au Souscripteur toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat collectif ou à sa modification.

### **14. AUTORITE DE CONTROLE**

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 4 Place de Budapest, CS 92549, 75436 PARIS CEDEX.

## **TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AU SOUSCRIPTEUR**

---

### **15. SOUSCRIPTION DU CONTRAT**

La souscription du contrat est proposée au Souscripteur employant du personnel salarié relevant de l'Assurance Maladie Obligatoire. La souscription est faite au bénéfice des membres appartenant à la catégorie de personnel définie aux Conditions Particulières et titulaires d'un contrat de travail non suspendu ou suspendu mais indemnisé par l'intermédiaire du Souscripteur.

### **16. LES OBLIGATIONS DECLARATIVES DU SOUSCRIPTEUR**

Le Souscripteur s'engage à la souscription à transmettre à la mutuelle :

- la demande de souscription complétée et signée,

- la liste nominative des membres appartenant à la catégorie de personnel à assurer en indiquant, le cas échéant, ceux dont le contrat de travail est suspendu et s'ils sont indemnisés ou non par le Souscripteur,
- les bulletins individuels d'affiliation des membres appartenant à la catégorie de personnel à assurer définie aux Conditions Particulières et titulaires d'un contrat de travail non suspendu ou suspendu mais indemnisé par l'intermédiaire du Souscripteur (sauf cas de dispenses prévues dans l'acte juridique instituant le régime), accompagné de la photocopie de l'attestation d'assurance maladie de chaque bénéficiaire jointe à la carte vitale et, le cas échéant, d'un mandat SEPA.

En cours de contrat, le Souscripteur s'engage à informer dans les plus brefs délais et avant trente (30) jours, la mutuelle, de la date à laquelle un affilié ne répond plus aux conditions posées à l'article 18 des présentes Conditions générales, de tout changement de catégorie de personnel de tout affilié, de la rupture du contrat de travail de tout affilié en précisant la date de prise d'effet de la rupture ainsi que le motif de la rupture, des changements de situation familiale concernant les membres participants et ses ayants droit en y joignant les justificatifs correspondants, à informer l'assuré du maintien de sa garantie au titre de la portabilité.

Le Souscripteur transmet dans les plus brefs délais et avant trente (30) jours, les bulletins individuels d'affiliation des nouveaux membres appartenant à la catégorie de personnel à assurer telle que définie dans les Conditions Particulières accompagnés des informations ci-dessus. Si ce délai n'est pas respecté, la prise d'effet de la garantie ne sera effective qu'au premier jour du mois suivant la réception par la mutuelle du bulletin, même si des cotisations ont déjà été versées par le Souscripteur pour les intéressés.

À tout moment, la mutuelle se réserve le droit de demander au Souscripteur copie de tout état susceptible de justifier les effectifs membres participants.

## **17. LA REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION AUX MEMBRES PARTICIPANTS**

Le Souscripteur doit :

- remettre à chaque membre participant un exemplaire des statuts de la mutuelle et la notice d'information établie par la mutuelle qui définit la garantie du contrat, leur modalité d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de remboursement ainsi que toute nullité, échéance, prescription, exclusion ou limitation de garantie.
- informer chaque membre participant, en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle, de toute modification apportée à leurs droits et obligations.

En cas de litige, il incombe au Souscripteur d'apporter la preuve qu'il a remis cette notice d'information et qu'il a communiqué les éventuelles modifications aux membres participants.

## **TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX MEMBRES PARTICIPANTS**

---

### **18. LES CONDITIONS D'AFFILIATION AU CONTRAT**

Sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, l'affiliation est obligatoire, pour les membres participants répondant à l'ensemble des critères suivants :

- ils appartiennent à la catégorie de personnel à assurer définie aux Conditions Particulières,
- ils sont affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire ,
- ils bénéficient d'un contrat de travail en vigueur.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congés payés, maladie, maternité ou accident ou pour une autre cause, avec indemnisation du Souscripteur, bénéficient des garanties du présent contrat. Pour les autres cas de suspension du contrat de travail sans indemnisation du Souscripteur, le Souscripteur peut demander à la mutuelle l'application des garanties.

Après l'accord de la mutuelle, cette extension pourra faire l'objet d'un avenant au contrat.

Les mandataires sociaux cumulant un contrat de travail avec leur mandat ou les mandataires sociaux assimilés salariés au sens du Code de la sécurité sociale bénéficient du présent contrat s'ils appartiennent au groupe assuré, dans les conditions et limites qui leur sont applicables aux termes des dispositions du Code de la sécurité sociale et du Code de commerce. Le respect des dispositions légales et éventuellement réglementaires régissant l'octroi des avantages de prévoyance aux mandataires sociaux salariés ou assimilés salariés relève de la seule responsabilité du Souscripteur.

## **19. DATE D'EFFET DE LA GARANTIE SANTE**

La garantie prend effet pour les salariés appartenant à la catégorie de personnel à assurer mentionnée aux Conditions Particulières et, le cas échéant, pour leurs ayants droit mentionnés sur leur bulletin individuel d'affiliation, à la date de prise d'effet du contrat.

La garantie prend effet, pour les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat, à la date de leur embauche ou de leur intégration dans la catégorie de personnel définie dans le contrat collectif obligatoire à condition toutefois que le bulletin individuel d'affiliation ait été envoyé dans les trente (30) jours suivant la date d'embauche ou d'intégration. À défaut, la garantie prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la régularisation du bulletin individuel d'affiliation.

Les ayants droit du membre participant bénéficient de la garantie dans les mêmes conditions :

- au plus tôt en même temps que le membre participant ;
- le premier jour du mois qui suit la réception de la demande par la mutuelle, lorsqu'un ayant droit est affilié après la date d'effet d'affiliation du membre participant. Le membre participant doit compléter un bulletin individuel d'affiliation et joindre la photocopie de l'attestation carte Vitale sur laquelle figure le nouvel ayant droit.

### **Cas particuliers :**

**Ajout du conjoint en cas de mariage :** La garantie du conjoint du membre participant prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande du membre participant.

Le membre participant doit compléter un bulletin individuel d'affiliation et joindre l'acte de mariage et la photocopie de l'attestation carte vitale sur laquelle figure le conjoint.

**Changement d'adresse :** Le changement d'adresse est pris en compte à réception de l'information sur demande écrite du membre participant.

**Changement de coordonnées bancaires :** Le changement de coordonnées bancaires est pris en compte à réception d'une demande écrite accompagnée du nouveau SEPA.

**Garantie optionnelle :** Le régime frais de santé d'entreprise peut être composé d'une garantie à adhésion obligatoire et d'une ou plusieurs garanties optionnelles à adhésion facultatives dites « renforts ». La garantie optionnelle facultative prend effet soit concomitamment à la prise d'effet de la base obligatoire à savoir à la date d'adhésion du membre participant, soit à l'échéance annuelle du contrat (chaque 1er janvier) sauf dispositions contraires précisées dans les Conditions Particulières. En cas de garantie optionnelle facultative, cette-dernière doit bénéficier à l'ensemble des personnes couvertes par la garantie à adhésion obligatoire.

## **20. CESSATION DE LA GARANTIE SANTE**

### **20.1 – Radiation d'un membre participant**

La garantie cesse de produire ses effets à la date de radiation du membre participant.

En dehors des personnes concernées par l'article 21, la mutuelle procède à la radiation d'un membre participant :

- dès lors qu'il cesse d'appartenir à une des catégories de personnel à assurer définie aux Conditions Particulières,
- à la résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou la mutuelle,
- en cas de liquidation des droits à la retraite du membre participant,
- en cas de rupture du contrat de travail du membre participant.

La résiliation d'un membre participant est effective le dernier jour du mois de l'évènement.  
La résiliation du membre participant à la garantie à adhésion obligatoire met fin automatiquement aux garanties optionnelles à adhésion facultative.

## **20.2 – Radiation des ayants droit**

Toute radiation d'un membre participant entraîne automatiquement la radiation de ses ayants droit. Par ailleurs, la radiation intervient de plein droit à la date à laquelle ils cessent de répondre à la définition fixée à l'article 26 des présentes Conditions générales.

L'adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation par le Membre participant, signifiée, par lettre, par tout autre support durable, à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat fixée au 31 décembre (soit avant le 31 octobre au plus tard). La radiation prend effet à l'échéance annuelle, soit le 31 décembre.

La mutuelle accepte la radiation des ayants droit en cours d'année, sauf cas d'adhésion obligatoire pour les ayants droit, dans les cas dérogatoires suivants :

modification des garanties, à condition d'effectuer la demande dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

changement de situation familiale (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit). La demande de radiation doit-être faite dans les trois (3) mois suivant l'évènement. La radiation prend alors effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

changement de situation professionnelle du conjoint, du partenaire de PACS, ou du concubin entraînant l'adhésion d'adhérent à un régime santé collectif obligatoire (attestation à fournir). La demande de résiliation doit-être faite dans les trois (3) mois suivant la mise en place de cette couverture obligatoire. La radiation prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

départ d'enfant majeur du foyer ;

peine privative de liberté

perte du bénéfice de l'Assurance Maladie Obligatoire de l'ayant droit ;

bénéfice, de l'ayant droit, d'une ouverture de droits à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

En cas de décès du membre participant, la radiation des ayants droit prend effet au premier jour du mois suivant le décès sauf application du maintien des droits tel que prévu à l'article 21.3 des présentes Conditions générales.

## **20.3 Résiliation des garanties optionnelles**

L'adhésion aux garanties optionnelles prend fin en cas de demande de résiliation par le membre participant, signifiée, par lettre, par tout autre support durable, à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat fixée au 31 décembre (soit avant le 31 octobre au plus tard). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit le 31 décembre.

Le membre participant peut résilier son adhésion aux garanties optionnelles en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

Également, la mutuelle accepte la résiliation des options en cours d'année, dans les cas suivants :

modification des garanties, le membre participant peut demander des renforts facultatifs dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur.

Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties. Dans ce cas, le membre participant continue, éventuellement avec ses ayants droit, à être couvert au titre du régime de base.

changement de situation familiale du membre participant (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit), sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois qui suivent l'évènement. La résiliation prendra effet le 1er jour du mois qui suit cette demande

## **20.4 – Pièces justificatives**

Suivant le motif de la radiation, la mutuelle peut être amenée à demander au Souscripteur le justificatif correspondant.

## **20.5 – Restitution de la carte de mutuelle**

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391. Siège social est 173 rue de Bercy 75012 PARIS - IDU REP Papiers FR232334\_03QTYD  
Réf : CG STANDARD EX-EMM 2025

Le Souscripteur est responsable de la restitution à la mutuelle de la carte de mutuelle. La mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre toute personne ayant utilisé frauduleusement une carte de mutuelle, sans préjudice du paiement des cotisations correspondant à la période écoulée entre la radiation et la dernière utilisation frauduleuse.

## **21. LES MAINTIENS DE LA GARANTIE SANTE**

### **21.1 – Maintien de la garantie en cas de suspension du contrat de travail**

En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation, que ce soit sous la forme :

- d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers (indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur),
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur,

les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que les salariés actifs et la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations, continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

Dans le cas d'une suspension du contrat de travail non indemnisée par l'employeur, la couverture est suspendue de plein droit sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation, notamment en cas de :

- congé sabbatique visé à l'article L. 3142-28 et suivant du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L. 3142-105 et suivant du Code du travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L. 1225-47 et suivant du Code du travail.

La demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de la mutuelle au plus tard dans les trois mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande. Le maintien prend effet à la date de suspension du contrat de travail.

### **21.2 – Maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage**

La mutuelle maintient la garantie du contrat aux anciens salariés appartenant au groupe assuré, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

#### **Bénéficiaires du maintien**

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés, déclarés selon les modalités du paragraphe « Modalités d'information », qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La mutuelle n'accorde pas le maintien :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à la présente couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.

Le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du présent contrat.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

#### **Prise d'effet et durée du maintien**

La mutuelle maintient la garantie du contrat à compter de la date de cessation du contrat de travail et, pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois

Le souscripteur doit impérativement informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de son salarié.

Toutefois, l'ancien salarié a la possibilité de renoncer audit maintien. Dans ce cas, cette renonciation sera définitive, concernera l'ensemble des prestations garanties et devra être notifiée expressément au Souscripteur par écrit, dans les dix (10) jours suivant la date de rupture du contrat de travail.

### **Cessation du maintien de la garantie**

La mutuelle cesse le maintien de la garantie à la survenance du premier de ces évènements :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe ci-dessus,
- au jour où le membre participant trouve un nouvel emploi entraînant la fin de la prise en charge par le régime d'assurance chômage ou liquide ses droits à pension de retraite,
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Avant ce terme et sauf en cas de mise en liquidation judiciaire du Souscripteur, la mutuelle peut interrompre le maintien :

- à la date de suspension de la garantie du contrat en cas de non-paiement des cotisations par le membre participant,
- à la date de résiliation du contrat collectif ;
- en cas de manquement du bénéficiaire à justifier auprès de la mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront toutefois demander, dans les six (6) mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 conformément à l'article 21.3.

### **Modalités d'information**

L'employeur signale, au membre participant, le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe la mutuelle de la cessation du contrat de travail.

### **Cotisation**

En application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, ce maintien de garantie est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, le maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation pour les anciens salariés et ses ayants droit qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

### **Évolution législative**

Nonobstant les dispositions des conditions générales et particulières, les dispositions relatives au maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (durée, financement, etc.) seront automatiquement adaptées conformément aux obligations mises à la charge de l'employeur et de la mutuelle par la réglementation applicable.

### **21.3 – Maintien de la garantie dans le cadre de l'article 4 de la loi Évin**

La mutuelle assure le maintien, à titre onéreux d'une couverture santé identique à celle choisie par le Souscripteur dans le cadre du contrat collectif obligatoire au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, obtenant la liquidation de sa pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de la garantie au titre de l'article 21.2 des présentes Conditions générales.
- des ayants droit (tels que précisés à l'article 26 des présentes Conditions générales) des membres participants décédés, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du premier jour du mois suivant le décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

La mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter de la rupture du contrat de travail ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité ou, pour les ayants droit, à compter du décès.

La demande de maintien de couverture donne lieu à une nouvelle souscription à titre individuel et facultatif. Les tarifs appliqués en cas de maintien de couverture ne dépassent pas les limites prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les demandes de maintien ayant pris effet à compter du 1er juillet 2017. Les tarifs du maintien de garanties « Loi Evin » :

-ne pourront être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs jusqu'au 31/12/N+1. A compter la deuxième année, ils évolueront dans les limites fixées par la réglementation, -évolueront au 1er Janvier de chaque année dans les mêmes proportions que l'évolution applicable aux tarifs des salariés actifs.

Le maintien de la garantie prendra effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

#### **21.4 Fin du maintien des garanties**

- **Modalité de résiliation :**

Le Membre participant peut résilier le maintien facultatif de son contrat chaque année à son échéance annuelle (31 décembre) en le signifiant par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à la Mutuelle au moins deux mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard) Le Membre participant peut également résilier le maintien facultatif de son contrat en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau du maintien. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation

- **Cessation des garanties :**

Le maintien des garanties cesse :

- à la date d'effet de la résiliation, par la mutuelle, de la couverture en cas de non-paiement de la cotisation correspondante par le membre participant l'article 25.2 des présentes Conditions générales
- à la date d'effet de la résiliation de la couverture par le membre participant ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur ou par la mutuelle (uniquement pour les maintiens de garanties au bénéfice des salariés en suspension de contrat de travail) ;

à la date du décès du membre participant pour ses ayants droit. La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

## **TITRE IV DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS**

---

### **22 – STRUCTURE ET MONTANT DE LA COTISATION**

Le montant de la cotisation dépend de la structure de cotisation dans laquelle sont exprimées les cotisations du contrat collectif. Ce montant est déterminé en fonction de la nature de la composition familiale hormis dans le cas d'une structure de cotisation dite « uniforme familiale ».

La structure de cotisation choisie par le Souscripteur est définie aux Conditions Particulières du contrat collectif.

La cotisation du contrat est éventuellement majorée dans la limite des plafonds fixés par l'Assemblée Générale de la mutuelle :

- de frais de gestion et/ou de télétransmission ;
- toute taxe ou redevance imposée par la législation en vigueur ;
- de la taxe de solidarité additionnelle.

La cotisation globale afférente à l'année d'adhésion est annexée aux Conditions Particulières et en fait partie intégrante. Le montant des cotisations est annuel (1er janvier/31 décembre).

En cas d'affiliation en cours d'exercice, la cotisation est calculée au prorata temporis en mois complets, avec effet le premier jour du mois d'affiliation.

### **23 – REVISIONS TARIFAIRES**

Les taux, assiette ou montants des cotisations sont indiqués aux Conditions Particulières. Ils sont révisibles à chaque échéance annuelle, par avenant au contrat.

Les montants des cotisations sont révisés chaque année en fonction du taux d'augmentation général fixé par le Conseil d'Administration de la mutuelle qui s'appuie notamment sur l'évolution des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire et sur le résultat financier de chaque contrat collectif dans le cas des contrats collectifs proposant une garantie « à la carte » et, d'autre part, sur le résultat financier global de la garantie pour les contrats collectifs proposant une garantie "standard".

En dehors des périodes de renouvellement, les montants des cotisations peuvent également être modifiés à tout moment par la mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la législation ou réglementation, notamment relative à l'Assurance Maladie Obligatoire et à la fiscalité.

Par ailleurs, pour les Entreprises dont le nombre de bénéficiaires de la portabilité augmente de 50% sur une période de trois (3) à six (6) mois, y compris en dehors de toute procédure collective, la Mutuelle se réserve le droit d'appeler une cotisation supplémentaire en cours d'année auprès de l'Entreprise, sous forme de versement unique, permettant le financement de la portabilité

Toutes modifications des cotisations doivent faire l'objet d'un avenant signé par la mutuelle et le Souscripteur. Il revient au Souscripteur d'informer les membres participants du nouveau montant de cotisation appliqué.

## **24 – PAIEMENT DES COTISATIONS**

Le Souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations. Les cotisations sont annuelles, payables à terme échu ou échoir mensuellement, trimestriellement selon les Conditions Particulières. La date, le mode, le terme et la périodicité de paiement des cotisations sont indiqués aux Conditions Particulières. Tout mois entamé est dû. Par dérogation, en cas de souscription ou de résiliation du contrat par le Souscripteur en cours de mois, les cotisations sont proratisées en fonction du nombre de jours couvert dans le mois.

## **25 – DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

### **25.1 Défaut de paiement des cotisations par le Souscripteur**

A défaut de paiement de la cotisation, par le Souscripteur, dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente (30) jours après la mise en demeure du Souscripteur.

A défaut de paiement au terme de ce délai de trente (30) jours, le membre participant est informé si le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat. Si tel est le cas, le membre participant à la possibilité de se substituer au Souscripteur défaillant et de régler, à sa place, la cotisation.

A défaut de paiement, la mutuelle a le droit de mettre fin au contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours précités.

Le contrat non résilié ne reprendra ses effets qu'au lendemain midi du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

La mutuelle peut appliquer des majorations de retard dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

### **25.2 Défaut de paiement des cotisations par le membre participant :**

Le membre participant qui ne paie pas la cotisation correspondant aux renforts facultatifs et maintiens facultatifs dans les dix jours de son échéance peut se voir (ainsi que ses ayants droit) exclu de ces garanties facultatives.

L'exclusion peut intervenir dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure de paiement. La lettre de mise en demeure ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours prévus à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion des garanties facultatives définies au contrat.

La cotisation annuelle reste due. La mutuelle pourra poursuivre en justice l'encaissement de la cotisation.

## **TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE SANTE ET AUX PRESTATIONS**

---

### **26 – LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE SANTE**

Le membre participant et ses ayants droit, inscrits sur le Bulletin d'affiliation, bénéficient de la garantie. Les ayants droit sont les personnes définies ci-après :

A - Les conjoints, concubins et partenaires liés au membre participant par un pacte civil de solidarité.

B - Les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant et/ou des personnes définies au A, jusqu'à 25 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leurs études ou de leur inscription à Pôle emploi et à charge fiscalement.

C - Les enfants handicapés légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant ou des personnes définies au A, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de la famille et de l'action sociale, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement.

D - Les ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3ème degré ou alliés au même degré du membre participant, vivant sous le toit de celui-ci et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge du membre participant.

### **27 – LA GARANTIE SANTE**

#### **27.1 – Nature du contrat**

Pour que le Souscripteur puisse bénéficier des aides sociales et fiscales prévues par la législation, les garanties santé du contrat sont établies en conformité avec les dispositions légales et réglementaires applicables « aux contrats responsables » telles que définies en annexe 1 des présentes Conditions générales.

Les garanties santé du contrat devront être adaptées en cas de modifications des obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire.

## **27.2 – Nature et base des prestations**

Les membres participants et les ayants droit ne peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle que s'ils sont affiliés ou ayants droit à la date de facturation des soins. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la radiation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

La mutuelle rembourse au membre participant les dépenses de santé engagées par les bénéficiaires sur la base des montants et des limitations prévus au tableau de garanties et sur présentation des justificatifs originaux.

Les remboursements de la mutuelle viennent en complément des prestations en nature de l'Assurance Maladie Obligatoire (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires). Les frais engagés doivent faire l'objet d'une prescription et avoir donné lieu à un remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couvertures sont fixées à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Selon les garanties, les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Le membre participant ne pourra percevoir pour lui-même ou pour ses ayants droit affiliés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur les bordereaux, les décomptes ou les feuilles de soins de l'Assurance Maladie Obligatoire.

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

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, La mutuelle se conforme aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

Certains frais non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement par la mutuelle, dans la limite de la participation prévue aux Conditions Particulières, si les factures ou notes d'honoraires sont transmises à la mutuelle en justification des dépenses.

Chaque membre participant reçoit une carte de mutuelle, portant son numéro d'identification à la mutuelle. Cette carte, renouvelée chaque année, lui permet de faire valoir ses droits aux prestations en fonction de la garantie choisie. Toutes prestations exclues de cette garantie ne peuvent faire l'objet de remboursement. Si le membre participant est radié du contrat collectif en cours d'année, il doit restituer sa carte immédiatement au Souscripteur.

## **28 – LES EXCLUSIONS**

**Pour l'ensemble des garanties, responsables, la mutuelle applique les exclusions de prise en charge prévues aux articles L. 871-1 et R. 871-1 du Code de la sécurité sociale et telles que précisées au 4° de l'annexe 1 des présentes Conditions générales.**

**Ne donnent droit à aucun remboursement, les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception de ceux expressément prévus dans le tableau de garanties et dans la limite des montants exprimés.**

**Ne donne droit à aucun remboursement les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, à l'exception de ceux expressément prévus dans le tableau de garanties et dans la limite des montants exprimés.**

Les exclusions s'appliquent à l'ensemble des contrats et ne sauraient faire obstacle aux règles des « contrats responsables ».

## **29 – EXCLUSION DES GARANTIES FACULTATIVES**

Peuvent être exclus du bénéfice des garanties facultatives (garanties optionnelles et/ou adhésion facultatives des ayants droit et/ou maintien individuel facultatif) les adhérents (membre participant et ayant droit) qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle ou un préjudice dûment constaté et notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou en utilisant leur carte de droit sans s'être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions des statuts.

Le membre participant ou l'ayant droit exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré sur les garanties facultatives.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues.

Les garanties souscrites à titre obligatoire par l'employeur sont maintenues.

## **30 – LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES**

**Option de maîtrise tarifaire :** si la garantie le prévoit, le Souscripteur peut décider de mettre en place une option de maîtrise tarifaire. Cette option de maîtrise tarifaire peut être souscrite lors de la mise en place du contrat ou à la date d'échéance du contrat (soit à chaque 1er janvier). Le Souscripteur aura la faculté de résilier son option de maîtrise tarifaire à la date d'échéance du contrat.

**Garantie « Assistance » et « Service aux personnes » :** les membres participants et leurs ayants droit bénéficient de prestations « Assistance » et « Service aux personnes » décrites dans l'annexe « Assistance ».

**Gratuité de cotisation à partir du 3e enfant :** si la garantie le prévoit, la gratuité de cotisation concerne le troisième enfant et les suivants inscrits en tant qu'ayant droit du membre participant. Les cotisations sont gratuites pour ce troisième enfant et les suivants jusqu'à l'âge de 25 ans et tant que 3 enfants - au moins - ont moins de 25 ans - âge apprécié au 1er janvier de l'année en cours. »

**Prime en cas de naissance ou d'adoption d'enfant :** si la garantie le prévoit, lorsque cette garantie est choisie par le Souscripteur la naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit au versement d'une prime dont le montant est mentionné dans le barème de prestations. Le versement de la prime est conditionné par l'inscription de l'enfant sur le contrat du membre participant. Si la garantie le prévoit, les naissances ou adoptions multiples donnent droit à autant de versements de primes que de naissances ou d'adoptions d'enfants. La prime doit être versée au membre participant.

**Gratuité nouveau-né et enfant adopté :** si la garantie le prévoit, la naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit à la gratuité de la cotisation de l'enfant pour une durée de douze (12) mois. Le bénéfice de cette gratuité est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat du membre participant dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption de l'enfant, sous peine de forclusion.

### **Documents à fournir :**

- justificatif de la naissance (copie du livret de famille) ou de l'adoption (copie du jugement, ou de la carte de l'Assurance Maladie Obligatoire où figure l'enfant adopté, si le jugement n'a pas encore été prononcé).
- photocopie de la carte de l'Assurance Maladie Obligatoire où figure le nouveau-né.

## **31 – REGLEMENT DES PRESTATIONS**

Toute évolution des règles de remboursement par l'AMO pourra entraîner des modifications des prestations de la mutuelle.

Sauf mention contraire, les remboursements de la mutuelle s'entendent dans la limite des Frais Réels (FR) engagés et par rapport au Tarif de Convention (TC) ou à la Base de Remboursement (BR) appliquée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au secteur conventionné.

Les soins pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés sont pris en charge sur la base du tarif d'autorité.

Grâce aux accords passés avec la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM, MSA, SNCF...), celle-ci crédite le compte bancaire ou de caisse d'épargne du membre participant ou, sur demande de ce dernier, de l'ayant droit, de son remboursement. La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement, à réception du décompte (A) ou de la télétransmission (B) et des factures des professionnels de santé.

**A - Décompte** : la caisse de l'Assurance Maladie Obligatoire transmet au membre participant son décompte qu'il doit envoyer à la mutuelle aux fins de remboursement.

**B - Télétransmission (Noémie)** : la caisse de l'Assurance Maladie Obligatoire informe la mutuelle du remboursement qu'elle vient de verser au membre participant et le signale à ce dernier par une mention portée sur le décompte.

Les justificatifs à fournir par le bénéficiaire pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après. La mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser la prestation.

<b><u>Nature des frais</u></b>	<b><u>Pièces justificatives</u></b>
<b>Dépassements d'honoraires</b>	Relevé d'honoraires originaux acquittés
<b>Chambre particulière ou frais de séjour de l'accompagnant</b>	Originaux des factures acquittées
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Original de la facture acquittée
<b>Soins hors nomenclature</b>	Note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés
<b>Soins inscrits à la CCAM mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire</b>	Note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés
<b>Optique hors prise en charge en tiers payant</b>	Facture détaillée et acquittée
<b>Prothèse dentaire</b>	Facture des honoraires acquittée
<b>Prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire prévues dans le tableau des garanties</b>	Facture détaillée, datée et acquittée

La Mutuelle procédera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires.

### 31.1 - Date des soins

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur le décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après:

- Soins ambulatoires : date des soins,
- Soins externes hospitaliers : date des soins,
- Soins dentaires : date des soins,
- Prothèses dentaires : date d'exécution,
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste...): date des derniers soins,
- Séjour : date d'entrée,
- Honoraires : date des soins,
- Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Appareillage : date de facturation,
- Cure thermale : date de fin de cure,
- Pharmacie : date de facturation,
- Orthodontie : date des soins.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

**La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année.**

### **31.2 – Tiers payant**

Le membre participant peut bénéficier du tiers payant.

Ce dispositif permet au membre participant de ne pas avoir à réaliser d'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, opticiens...), en fonction des accords passés avec la mutuelle et du niveau de garantie mentionné sur sa carte de mutuelle. Les professionnels de santé se font rembourser directement par la caisse de l'Assurance Maladie Obligatoire du membre participant et par la mutuelle.

Le bénéfice du mécanisme du tiers payant, conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, est mentionnée en annexe 1 des présentes Conditions générales.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte de mutuelle pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son Assurance Maladie Obligatoire ou auprès de la mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte.

En cas de non-remboursement, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

### **31.3 – Le relevé de prestations**

Le relevé de prestations du membre participant. La mutuelle informe le membre participant des montants qui lui sont remboursés par l'envoi d'un relevé de prestations.

Les informations sont regroupées sur une durée de trois (3) mois à partir du jour où une première prestation est réglée au membre participant. Le membre participant peut également consulter ses remboursements sur le site Internet de la mutuelle ou sur l'application mobile de la mutuelle.

Toute couverture de risques similaires à ceux garantis par le contrat du membre participant, souscrite auprès de quelque organisme que ce soit, devra obligatoirement être déclarée à la mutuelle, à quelque moment qu'elle survienne.

### **31.4 – Soins réalisés ou facturés à l'étranger**

Le remboursement se fait sur la base de remboursement l'Assurance Maladie Obligatoire française figurant dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire française (NGAP, CCAM, NABLM, LPP, GHS). **Sauf dispositions contraires prévues dans les Conditions Particulières et/ou le tableau des garanties, les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.**

### **31.5 – Accident**

La mutuelle intervient pour tous les actes non exclus à l'article 28 des présentes Conditions générales consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun ou du travail. À cet effet, le membre participant doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat.

Le membre participant couvert pour le même risque, par une autre mutuelle, une compagnie d'assurance ou un autre organisme de prévoyance doit en informer la mutuelle. Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que le membre participant puisse recevoir un montant supérieur à celui des débours réels.

Le membre participant doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions. La mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la mutuelle, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze (15) jours après l'envoi de cette lettre. Le membre participant doit également informer la mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'un organisme d'assurance.

### **32 - RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDUES**

La Mutuelle s'autorisera à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

### **33 - GARANTIES EN INCLUSION**

La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des garanties supplémentaires conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité dans le cadre de tout contrat ou toute convention conclue auprès d'une autre Mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance. Ces garanties supplémentaires sont décrites au sein d'une notice d'information spécifique. Elles cessent le jour où la garantie frais de santé cesse de produire ses effets ou le jour où le contrat souscrit auprès de la Mutuelle est résilié.

Les garanties en inclusion figurent au tableau de garanties.

### **34 - SERVICES SUPPLEMENTAIRES**

La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des services supplémentaires au titre de conventions spécifiques passées avec des prestataires extérieurs.

### **35 – FONDS D'ACTION SOCIALE**

La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés.

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit.

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement.

## **TITRE VI. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS « ALLOCATIONS OBSEQUES »**

---

Lorsqu'elle est prévue aux Conditions Particulières, la garantie allocation obsèques a pour objet de couvrir une partie des frais d'obsèques lors du décès du membre participant ou de celui d'un de ses ayants droit inscrit au bulletin d'affiliation.

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, l'adhésion (y compris en tant qu'ayant droit) à la garantie obsèques est interdite pour les enfants âgés de moins de douze ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Il s'agit d'une garantie indemnitaire versée, dans la limite des frais engagés, immédiatement en cas de décès sur présentation d'une facture relative aux obsèques, au nom du payeur. Le montant de l'allocation obsèques est précisé dans la fiche garantie.

Le bénéficiaire de la garantie Allocation Obsèques est la personne physique ou les personnes physiques qui ont supporté les frais d'obsèques et qui le justifient. En cas de pluralité des bénéficiaires (personnes ayant pris en charge les frais d'obsèques), le versement de la prestation se fera au prorata de la part des frais engagés et dans la limite du montant maximum de la garantie.

### **Exclusions :**

**Ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette garantie, les décès consécutifs à la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris, crimes, à des faits de guerre civiles et étrangères, ou à la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre.**

### **36. DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS**

En cas de décès de l'assuré, le capital / les prestations garantis sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception par la Mutuelle de l'intégralité des pièces justificatives demandées. AESIO Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives nécessaires au règlement du capital / des prestations.

En application de l'article L223-22-1 du code de la mutualité, au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

### **37. REVALORISATION DES CAPITAUX POST-MORTEM**

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti / l'allocation obsèques est revalorisé à compter de la date de décès de l'assuré et jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au paiement du capital ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital / l'allocations obsèques produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

### **38. CONTRATS EN DÉSHÉRENCE ET TRANSFERT À LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS (CDC)**

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par AESIO Mutuelle du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

### **39. INFORMATION ANNUELLE**

AESIO mutuelle procédera aux communications annuelles prévues par l'article L223-21 du Code de la mutualité.

## ANNEXE 1 : QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?

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

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

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

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

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les règlements particuliers ou conditions particulières, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

### **Une garantie responsable doit prévoir :**

#### **1°) DES PRISES EN CHARGE OBLIGATOIRES :**

- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par la sécurité sociale (= **100% du Ticket modérateur**), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales ;
- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite du nombre de séance prises en charge par l'assurance maladie obligatoire par an ; la prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier hospitalier**, sans possibilité de limiter la durée de cette prise en charge.
- la prise en charge de l'intégralité du forfait patient urgence.

#### **2°) L'ENCADREMENT DE CERTAINES PRESTATIONS SI ELLES SONT PREVUES PAR LE CONTRAT :**

- **Dépassement d'honoraires des médecins :** la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a **pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)\*** prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement sécurité sociale (BRSS) **et** doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

(\* Ces dispositifs sont le Contrat d'accès aux soins (CAS), l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

#### **3°) DES PRISES EN CHARGES EN DENTAIRE, OPTIQUE ET DES AIDES AUDITIVES :**

- **Remboursement Optique :** le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :
  - La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP1 après l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
  - La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

---

<sup>1</sup> Liste des Produits et Prestations

- **Remboursement des aides auditives** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :
  - La prise des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
  - La prise des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

- **Remboursement dentaire** : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :
  - La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés
  - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,
  - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » hauteur du ticket modérateur.

#### **4°) DES EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE :**

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

#### **5°) LA POSSIBILITE DE BENEFICIER DU TIERS PAYANT :**

La possibilité de bénéficier du tiers payant » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes : « La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.