CONDITIONS GENERALES

CONTRAT COMPLEMENTAIRE

FRAIS DE SANTE

Labellisé SNCP

Préambule

Suite à un appel d'offres réalisé en 2016, le Syndicat National du Caoutchouc et des Polymères (SNCP) a labellisé Umanens pour la mise en œuvre du régime Frais de santé au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes au SNCP et appliquant la Convention collective nationale du caoutchouc du 6 mars 1953.

Ce régime permet de garantir des prestations minimales identiques pour tous les salariés des entreprises relevant de la Convention collective nationale du caoutchouc du 6 mars 1953 et adhérentes au SNCP.

Les présentes Conditions générales précisent les modalités de mise en place du régime Frais de santé souscrit par l'entreprise auprès d'Umanens.

Est labellisée pour le régime Frais de santé :

UMANENS, 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 agissant au nom et pour le compte du groupement de coassurance composé de :

- 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, en qualité de coassureur

- 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, en qualité de coassureur et d'apériteur

- MUTUALIA GRAND OUEST (MGO), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau - 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex, en qualité de coassureur

- MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex, en qualité de coassureur

- MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 449 571 256, 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES, en qualité de coassureur

Ce groupement de coassurance a accepté de confier la gestion du régime Frais de santé à :

GEREP, SAS au capital de 101 120 euros
Siège Social : 4 rue de Vienne - CS 40001 - 75378 Paris CEDEX 08
SIRET 351 299 862 000 26
Numéro d'identification : B 351 299 862 R.C.S. Paris
Numéro d'immatriculation ORIAS : 07 000 294

Sommaire

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES 4

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT 4
ARTICLE 2 - NATURE DES GARANTIES 4
ARTICLE 3 - INTERVENANTS AU CONTRAT 4
ARTICLE 4 - PRESCRIPTION 5
ARTICLE 5 - RECOURS CONTRE TIERS 5
ARTICLE 6 - AUTORITE DE CONTROLE 5
ARTICLE 7 - INFORMATIQUE ET LIBERTES 5
ARTICLE 8 - RECLAMATION ET MEDIATION 6

CHAPITRE 2 - EXECUTION DU CONTRAT 7

ARTICLE 9 - PRESENTATION DU CONTRAT 7
ARTICLE 10 - ADHESION AU CONTRAT 7
ARTICLE 11 - VIE DU CONTRAT 7

CHAPITRE 3 - AFFILIATION AU CONTRAT 9

ARTICLE 12 - AFFILIATION AUX GARANTIES SOUSCRITES PAR L'EMPLOYEUR 9
ARTICLE 13 - AFFILIATION A TITRE FACULTATIF AUX GARANTIES OPTIONNELLES 11

CHAPITRE 4 - OUVERTURE, SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES 13

ARTICLE 14 - DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES 13
ARTICLE 15 - CESSATION DE L'AFFILIATION 13
ARTICLE 16 - MAINTIEN DES GARANTIES 13
ARTICLE 17 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL 15

CHAPITRE 5 - OBLIGATIONS DES PARTIES 16

ARTICLE 18 - OBLIGATIONS DE L'ORGANISME ASSUREUR : ETABLISSEMENT DE LA NOTICE D'INFORMATION 16
ARTICLE 19 - OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR : REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION AUX SALARIES 16
ARTICLE 20 - OBLIGATIONS DU SALARIE 16

CHAPITRE 6 - COTISATIONS 17

ARTICLE 21 - TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS 17
ARTICLE 22 - MODALITES DE REGLEMENT DES COTISATIONS 17
ARTICLE 23 - NON-REGLEMENT DES COTISATIONS 18
ARTICLE 24 - REGULARISATION DES COTISATIONS VERSEES 19

CHAPITRE 7 - GARANTIES 20

ARTICLE 25 - DETERMINATION DES GARANTIES 20
ARTICLE 26 - SOINS EFFECTUES A L'ETRANGER 21
ARTICLE 27 - SERVICES ASSOCIES 21
ARTICLE 28 - MODALITES DE CALCUL DES PRESTATIONS 22
ARTICLE 29 - MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS 23

ANNEXES 24

ANNEXE 1 - GARANTIES 24
ANNEXE 2 – JUSTIFICATIFS A FOURNIR LORS DE L'AFFILIATION 26
ANNEXE 3 – LES MOTS CLE DE LA SANTE 27

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Chapitre 1 - Dispositions Générales

Article 1 - Objet du contrat

Les présentes Conditions générales forment, avec les Conditions particulières 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.

Article 2 - Nature des garanties

Le présent contrat collectif et obligatoire a pour objet de garantir aux salariés, 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.

Des garanties optionnelles sont également mises en place. Ces options pourront être souscrites par l'Employeur, à titre obligatoire (pour ses salariés) ou par le salarié, à titre facultatif.

Article 3 - Intervenants au contrat

L'Employeur : la personne morale signataire des Conditions particulières liées 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 : le groupement de coassurance constitué d'Identités Mutuelle, La Mutuelle Familiale, Mutualia Grand Ouest, Mutualia Alliance Santé et Mutualia Territoires Solidaires, dans le cadre du dispositif mis en œuvre et négocié par Umanens, Union de groupe mutualiste agissant pour leur compte.
Chaque entreprise se verra attribuer une mutuelle de rattachement, dite « mutuelle d'affiliation », en fonction de son mode de souscription. La mutuelle d'affiliation est précisée aux Conditions particulières.

Le Gestionnaire : Gerep.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

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.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 peut être interrompue par :

- une citation en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- un acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de 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.

Le Gestionnaire se charge de ces recours contre tiers ; toutefois, les actions judiciaires restent de la compétence de l'Organisme assureur.

Article 6 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège social est situé au 61, rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 9.

Article 7 - Informatique et Libertés

Les informations concernant le salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, sont destinées aux services du Gestionnaire.

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 du Gestionnaire : GEREP - 4 rue de Vienne - 75008 Paris.

Article 8 - Réclamation et Médiation

- **Réclamation**

Pour toute réclamation ou litige portant sur la souscription du contrat, l'Employeur devra s'adresser au service de réclamations du courtier, Mutuaconseil. Le cas échéant, ses réclamations devront être envoyées :

- par courrier à : Mutuaconseil Service réclamation - 176 avenue Charles de Gaulle - 92522 Neuilly sur Seine Cedex
- par courriel à : reclamation@mutuaconseil.fr

Pour toute réclamation ou litige portant sur la gestion du contrat, l'Employeur ou le bénéficiaire devra s'adresser au service de réclamations du Gestionnaire. Le cas échéant, leurs réclamations devront être envoyées:

- par courrier à : GEREP - Service réclamation - CS 40001, 4 rue de Vienne - 75378 Paris cedex 08
- par courriel à : reclamation@gerep.fr

Les réclamations sont traitées dans un délai de deux (2) mois.

- **Médiation**

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation, après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un (1) an après réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur, selon sa mutuelle de rattachement :

➔ Rattachement à Identités Mutuelle ou La Mutuelle Familiale :

- soit en ligne par internet sur www.mutualite.fr ou par courriel à mediation@mutualite.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

➔ Rattachement à une mutuelle Mutualia :

- soit en ligne par internet sur www.medicys.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de : MEDICYS – Centre de médiation et règlement amiable des huissiers de justice – 73 Boulevard de Clichy, 75009 – Paris.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu par le médiateur après réception du dossier complet. Si l'adhérent ou l'affilié n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Chapitre 2 - Exécution du Contrat

Article 9 - Présentation du Contrat

Au moment de son adhésion, l'Employeur met en place de manière obligatoire, a minima le régime « Panier de soins + », ou, s'il souhaite faire bénéficier ses salariés d'un niveau de garanties supérieur, le régime « Confort » ou « Sérénité » ou « Premium ».
Si le régime « Confort », le régime « Sérénité » ou le régime « Premium » n'ont pas été mis en place à titre obligatoire par l'Employeur, le salarié a la possibilité d'y souscrire de manière facultative en complément du régime mis en place à titre obligatoire.

Le salarié est couvert à titre obligatoire par l'Employeur.
Les ayants droit du salarié peuvent être couverts à titre obligatoire par l'Employeur ; à défaut, le salarié pourra choisir de les couvrir à titre facultatif.

Article 10 - Adhésion au Contrat

Peuvent adhérer au présent contrat les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale du Caoutchouc du 6 mars 1953 et adhérentes au SNCP.

L'adhésion au présent Contrat est formalisée par la signature des Conditions particulières.

Article 11 - Vie du contrat

Article 11.1 - Date d'effet du Contrat

Le Contrat conclu entre l'Employeur et l'Organisme assureur prend effet à la date fixée aux Conditions particulières.

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 1er 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 souscrites par l'Employeur

- *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 modifiant, à la hausse ou à la baisse, le régime souscrit.

Toute demande de souscription ou de modification du niveau de garanties doit faire l'objet d'une demande adressée à l'Organisme assureur avant le 31 octobre de l'année en cours.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

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

La souscription ou la modification de l'option est confirmée par la signature de nouvelles Conditions particulières au Contrat.

Article 11.4 - Révision du Contrat

Ce Contrat suivra les évolutions décidées en accord avec le SNCP et son conseil, sous réserve de la mise à jour de l'acte juridique de mise en place du régime et de la signature d'un avenant entre l'entreprise adhérente et l'Organisme assureur.

Par ailleurs, en cas d'évolution des dispositifs légaux et règlementaires sur lesquels est fondée la mise en place du présent Contrat, celui-ci sera adapté aux nouvelles dispositions en vigueur.

Dans le cas où de telles évolutions nécessiteraient l'aménagement du présent Contrat, l'Organisme assureur proposera 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 ou liquidation judiciaire ;
- sortie du champ d'application du présent Contrat, tel que déterminé à l'article 10 des présentes Conditions générales ;
- résiliation du présent Contrat par l'Employeur ou l'Organisme assureur pouvant avoir lieu, notamment :
  - au terme de chaque exercice, à l'initiative de l'Employeur ou de l'Organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception ou envoi recommandé électronique envoyé 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.
  - au terme de la procédure de non-règlement des cotisations telle qu'elle est prévue à l'article 23-1 des présentes Conditions générales.

En cas de cessation du Contrat, les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, perdent le bénéfice dudit contrat. 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 le Contrat.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Chapitre 3 - Affiliation au Contrat

Article 12 - Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur

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

Le présent Contrat couvre tous les salariés de manière obligatoire ; l'Employeur pourra néanmoins déterminer via son acte juridique d'entreprise un niveau de couverture distinct selon les différentes catégories objectives de salariés, en application des articles R. 242-1-1 et R. 242-1-2 du Code de la Sécurité sociale.

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 au présent Contrat prend effet :

- A compter de la date d'adhésion de l'Employeur ;
- A 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,
- A compter de la date à laquelle le salarié ne bénéficie plus d'une dispense d'affiliation telle que définie ci-dessous.

- *Exception : cas de dispense d'affiliation*

Si le salarié ne souhaite pas bénéficier des garanties mises en place par son Employeur, il peut se prévaloir :

- **des cas de dispense prévus par l'acte juridique de mise en place du régime frais de santé dans l'entreprise, en application de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **des cas de dispense d'ordre public, dont il peut se prévaloir à son initiative, en application des articles L. 911-7, D. 911-2 et D. 911-3 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 listés ci-dessus.

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 de 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 :

- A la date à laquelle il n'entre plus dans l'un des cas de dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
- A la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à son Employeur.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

- *Mise à jour des effectifs*

L'Employeur communique au Gestionnaire les entrées et sorties de personnel au sein des effectifs ainsi que les dates y afférant.
Pour les sorties d'effectifs, l'employeur devra également renseigner le motif de départ.

Article 12.2 - Modalités d'affiliation des ayants droit

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre obligatoire (Structures de cotisations « Isolé/Famille » et « Uniforme ») : Les ayants droit des salariés affiliés, tels qu'ils sont déterminés ci-après, sont couverts à titre obligatoire par le présent Contrat.

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre facultatif (Structure de cotisations « Isolé/Duo/Famille ») : Les salariés souhaitant couvrir à titre facultatif leurs ayants droit, tels qu'ils sont déterminés ci-après, peuvent le faire au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation ou sur demande écrite formalisée.

Les ayants droit bénéficient obligatoirement des mêmes garanties que celles dont bénéficie le salarié.

- *Définition des ayants droit*

On entend par ayant droit :

- Le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin ;
- Les enfants du salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, jusqu'à 28 ans non révolus, sous réserve, à compter de 18 ans, de fournir un justificatif chaque année :
  - Certificat de scolarité ou copie de la carte étudiante,
  - Copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
  - Copie de l'inscription Pôle Emploi en qualité de primo demandeur d'emploi non indemnisé ou stagiaire de la formation professionnelle,
  - Attestation pour adulte handicapé.
- Les enfants du salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, s'ils sont invalides, sous réserve de fournir la copie de la carte d'invalidité ;
- Les ascendants du salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, à charge fiscalement.

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

- *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 ;
- à la date de réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de survenance de l'événement (mariage, naissance ou adoption d'un enfant,…) dûment déclaré au Gestionnaire.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre facultatif : L'affiliation de ses ayants droit à titre facultatif engage le salarié pour une durée minimale d'une (1) année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

Le salarié peut dénoncer chaque année l'affiliation de l'un ou de ses ayants droit sur demande écrite (lettre simple ; courriel) adressée au Gestionnaire, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.
La dénonciation prend effet à compter du 1er janvier de l'année suivante.

Cessation anticipée de l'affiliation de l'ayant droit
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 et datant de moins de trois (3) mois.
La dénonciation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande de dénonciation par le Gestionnaire.

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 deux (2) ans, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de son 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 correspond plus à la définition posée ci-avant.

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre obligatoire :
Cessation de l'affiliation de l'ayant droit
L'affiliation de l'ayant droit cessera s'il justifie relever d'un cas de dispense d'affiliation, selon les modalités prévues à l'article 12.1 des présentes Conditions générales.

En tout état de cause, l'affiliation de l'ayant droit cesse à la date à laquelle il ne correspond plus à la définition posée 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 couverts.

L'affiliation aux garanties optionnelles s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation.

Article 13.2 - Prise d'effet

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet au 1er jour du trimestre qui suit.

L'affiliation aux garanties optionnelles engage le salarié et, le cas échéant, ses ayants droit, pour une durée minimale d'une (1) année civile.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Article 13.3 - Modification des garanties

Le salarié pourra modifier chaque année l'option choisie pour lui et ses ayants droit selon les modalités prévues ci-dessous, à la hausse ou à la baisse, sous réserve d'en faire la demande par écrit (lettre simple ; courriel) auprès du Gestionnaire, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

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

Toute modification des garanties, à la hausse ou à la baisse, engage le salarié pour une période de deux (2) ans. Durant cette période, il ne pourra pas changer de niveau d'option, sauf en cas d'évolution de sa situation familiale.
Constitue une évolution familiale telle que visée ci-avant :

- Divorce, rupture du PACS, séparation de corps ;
- Décès d'un ayant droit.

La demande doit être faite dans les trois (3) mois qui suivent l'évolution familiale susvisée.

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, sur demande écrite (lettre simple ; courriel) adressée au Gestionnaire, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1er 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 deux (2) ans.

DROIT DE RENONCIATION AUX GARANTIES FACULTATIVES EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE

En cas d'affiliation à distance ou faisant suite à du démarchage, le salarié qui souscrit des garanties facultatives dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique, daté et signé, envoyé au gestionnaire du contrat :

- **GEREP - 4 rue de Vienne - 75008 Paris ;**
- **Sncp.affiliation@gerep.fr .**

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « Par le présent envoi recommandé avec accusé de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon option/la couverture de mon(mes) ayant(s) droit [nom(s), prénom(s)] dans le cadre du contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie facultative est annulée. Le salarié ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Le gestionnaire restitue le solde de la cotisation au plus tard 30 jours après la réception de la lettre de renonciation. Le droit de renonciation ne peut plus être exercé dès lors que le salarié a bénéficié des garanties du contrat.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Chapitre 4 - 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 telle que prévue 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 ou de cessation du contrat de travail du salarié (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, 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 de la garantie optionnelle éventuellement souscrite par le salarié.

En cas de cessation du contrat de travail du salarié, pour quelque motif que ce soit, l'Employeur est tenu d'en informer le Gestionnaire.

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.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

- maintien des 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 mensuelle par l'ancien salarié auprès du Gestionnaire, de son indemnisation chômage.

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

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation.
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'examens ou de questionnaires médicaux :

- les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) 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 (6) 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 (6) 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 maximale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) 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.
Le Gestionnaire agissant au nom de l'Organisme assureur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux (2) 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 ».

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

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.

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.
En contrepartie, le salarié, ainsi que, le cas échéant, ses ayants droit, continuent à bénéficier des garanties prévues par le régime mis en place par son Employeur.

Les garanties optionnelles sont maintenues dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

Article 17.2 - Suspension du contrat de travail non indemnisée

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient pas d'un maintien total ou partiel de salaire, du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente d'invalidité ne bénéficient pas du maintien du régime Frais de santé.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.
Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que le Gestionnaire en soit informé dans un délai de trois (3) mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le salarié et, le cas échéant, pour ses ayants droit, sera la date à laquelle le Gestionnaire aura été informé de la reprise effective du travail.

Durant 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.

Toutefois, les salariés concernés pourront, s'ils le souhaitent, continuer à bénéficier du Contrat pendant 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) directement auprès du Gestionnaire.
Le montant de la cotisation est identique à celui prévu pour les salariés actifs. Il suivra les mêmes évolutions, le cas échéant.

Les garanties optionnelles sont maintenues dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Chapitre 5 - Obligations des parties

Article 18 - Obligations de l'Organisme assureur : Etablissement 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. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des salariés, l'Organisme assureur établi une nouvelle Notice d'information ou un additif.

Article 19 - Obligations de l'Employeur : Remise de la Notice d'information aux salariés

En application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, 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 et de leur remettre ladite Notice d'information actualisée.

L'Employeur est seul responsable de la remise de la Notice d'information au salarié.

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 du Gestionnaire.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Chapitre 6 - Cotisations

Article 21 - Taux et montant des cotisations

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations forfaitaires exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Le taux des cotisations est indiqué sur les Conditions particulières du Contrat.
L'Organisme assureur s'engage à ne pas faire évoluer le taux des cotisations sur les années 2017, 2018 et 2019.

En tout état de cause, dans le cas d'une évolution légale ou règlementaire susceptible d'avoir une influence sur les cotisations et/ou les prestations prévues par le Contrat, les modifications nécessaires à sa mise en conformité y seront apportées.
Ces modifications impacteront le présent Contrat selon les modalités prévues par l'article 11.4 des Conditions générales.

Article 22 - Modalités de règlement des cotisations

Article 22.1 - Garanties souscrites par l'Employeur

Les garanties obligatoires sont financées a minima à hauteur de 50% par l'Employeur.
La participation du salarié est directement précomptée par l'Employeur sur sa fiche de paie.

Article 22.2 - Couverture des ayants droit

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre obligatoire :

- Structure de cotisations « UNIFORME » : la cotisation est identique, quelle que soit la structure familiale du salarié ;
- Structure de cotisations « ISOLE / FAMILLE » :
  - Cotisation « ISOLE » pour le salarié seul ;
  - Cotisation « FAMILLE » pour le salarié et un ou plusieurs de ses ayants droit.

La couverture obligatoire des ayants droit est prise en charge par l'Employeur et le salarié selon les mêmes proportions que celles prévues pour la couverture du salarié.

Dans le cas où les ayants droit sont couverts à titre facultatif :

- Structure de cotisations « ISOLE / DUO / FAMILLE » :
  - Cotisation « ISOLE » pour le salarié seul ;
  - Cotisation « DUO » pour le salarié et l'un de ses ayants droit (conjoint ou enfant ou ascendant) ;
  - Cotisation « FAMILLE » pour le salarié et deux ou plus de ses ayants droit (conjoint, enfant(s), ascendant(s)).

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

En tout état de cause, la cotisation obligatoire du salarié, correspondant au montant déterminé pour la structure « ISOLE », est prise en charge à hauteur de 50% minimum par l'Employeur.

La cotisation liée aux ayants droit couverts à titre facultatif est directement prélevée sur le compte bancaire du salarié, mensuellement.

Article 22.3 - Garanties optionnelles souscrites à titre facultatif

La cotisation additionnelle servant au financement du niveau des garanties optionnelles souscrites par le salarié pour lui-même et ses éventuels ayants droit est entièrement à la charge du salarié.

Cette cotisation est directement prélevée sur le compte bancaire du salarié, mensuellement. Toute adhésion aux garanties facultatives en cours de mois entraîne le paiement du mois complet.

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*

Le Gestionnaire effectue le recouvrement des cotisations collectives obligatoires sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

1ère relance : 30 jours après la clôture du trimestre dû
Dans le cas où l'Employeur n'a pas acquitté ses cotisations dues au titre du trimestre, le Gestionnaire lui enverra une première relance au plus tard trente (30) jours après la fin dudit trimestre.

2ème relance : 45 jours après la clôture du trimestre dû
Si la première relance n'a pas abouti au paiement des cotisations dues, une deuxième relance est envoyée à l'Employeur au plus tard quarante-cinq (45) jours après la fin du trimestre dû, soit quinze (15) jours après la première relance.

Mise en demeure : 60 jours après la clôture du trimestre
Si les cotisations n'ont toujours pas été versées, l'Organisme assureur en sera informé par le Gestionnaire. L'Organisme assureur se chargera alors d'envoyer une mise en demeure de payer à l'Employeur.
Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les trente (30) jours, engendre la suspension des garanties.

La garantie pourra alors être résiliée dix (10) jours après la suspension, soit quarante (40) jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoit l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

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.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

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, en cas de non-paiement des cotisations vingt (20) jours après l'échéance, le Gestionnaire envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au salarié, en application de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.
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 trente (30) jours, engendre la suspension des garanties.

Les garanties pourront alors être résiliées dix (10) jours après la suspension, soit quarante (40) jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoit l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

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 24 - Régularisation des cotisations versées

A partir des données concernant les effectifs communiqués par l'Employeur au Gestionnaire, une régularisation des cotisations versées sera effectuée par le Gestionnaire.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Chapitre 7 - Garanties

Article 25 - Détermination des garanties

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'Organisme assureur ont été fixés en accord avec le SNCP.
Le détail de ces prestations est présenté en annexe aux présentes Conditions générales.

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre :

- de la règlementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L. 871-1, 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 Contrat sera mis en conformité avec les nouvelles dispositions. En tout état de cause, cette mise en conformité interviendra au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, par voie d'avenant signé par les parties.

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 L. 162-5-3 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 L. 162-5 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. 160-13 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 L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-**

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

9 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 L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 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 »

Dans ce contexte, des garanties minimales ont été fixées par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, venant en application de la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Le régime Frais de santé mis en place par le Contrat respecte les minimas de garanties définis par ce décret.

Article 26 - 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 le sont dans la limite des garanties souscrites.

Article 27 - Services associés

Le présent Contrat 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.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Article 28 - Modalités de calcul des prestations

Article 28.1 - 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 »)

La base de calcul du remboursement est constituée de la somme de référence constituant le Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur.

- Prestations exprimées en frais réels (« FR »)

Le montant de remboursement correspond à l'entière somme demandée au Bénéficiaire au titre de la prestation concernée.

- 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 28.2 - Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, le montant des prestations est calculé 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.

Article 28.3 - Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre Organisme assureur

Le salarié ou son ayant droit bénéficiant par ailleurs d'une couverture Frais de santé a la possibilité de faire intervenir l'organisme assureur de son choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

La contribution de chacun d'eux est déterminée en application des montants de remboursement complémentaires 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 28.4 - Principe indemnitaire

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Article 29 - Modalités de règlement des prestations

Article 29.1 - Formalités de règlement des prestations

Les prestations sont traitées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission entre les Organismes d'Assurance maladie et le Gestionnaire), sauf opposition écrite de la part du bénéficiaire, lors de l'affiliation ;
- soit sur présentation, au Gestionnaire, 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 bénéficiaire a refusé la télétransmission.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, comme le prévoit l'article 28.3 des présentes Conditions générales, le bénéficiaire devra envoyer au Gestionnaire le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur, ou sa version dématérialisée, afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le présent Contrat.

Lors de son affiliation, le bénéficiaire doit avoir fourni les documents et justificatifs nécessaires au versement des prestations.
Le Gestionnaire est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

En application de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, le bénéficiaire produit sa demande de prestations dans un délai maximum de deux (2) 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.

Article 29.2 - Délais de paiement des prestations

Les délais de règlement sont, en moyenne, de :

- 2 jours ouvrés dans le cadre de la télétransmission ;
- 5 jours ouvrés dans le cadre de l'envoi d'une facture papier.

Les prestations sont versées :

- soit directement au bénéficiaire par virement sur son compte bancaire ;
- soit aux professionnels de santé, si le bénéficiaire a fait usage du Tiers payant.

Article 29.3 - Frais supplémentaires

Lorsque le mode de versement des prestations choisi par le salarié, ou le cas échéant, son ayant droit, impose le paiement de frais ou de taxes engendrés par des prestations réalisées et/ou versées hors Union européenne, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Annexes

Annexe 1 - Garanties

1 - Modalités d'application des garanties

Le forfait optique :

- inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité,
- concerne un équipement composé de deux verres et d'une monture,
- est limité à un équipement par période de 2 années civiles (date à date). La période de 2 ans débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève 2 ans après. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

Bon à savoir :

- 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 assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait lunettes peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus, sous réserve que le bénéficiaire formule la demande des deux équipements au même moment.

- Lorsque le Bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période de deux ans s'applique indépendamment pour chaque acte (verres ou monture).

- Une adhésion à une garantie optionnelle ou un changement de niveau de garanties ne permet pas de déroger à ces règles. Ainsi, en cas de changement de niveau de garanties :
  - ✓ Si le bénéficiaire n'a pas entamé son forfait lunettes avant ce changement de formule, il bénéficiera du montant du forfait nouvellement souscrit à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule.
  - ✓ Si le bénéficiaire a utilisé son forfait lunettes pour l'achat d'un équipement complet (verres + montures), il devra attendre la fin de sa période de deux années civiles, pour bénéficier du montant du forfait nouvellement souscrit, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

2 - Tableau de garanties

Grille de garanties CCN Caoutchouc

		REGIME COMPLEMENTAIRE Les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale (sauf prestations exprimées en euros) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.			
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ		**PANIER DE SOINS + BASE**	**CONFORT** (Y COMPRIS BASE)	**SÉRÉNITÉ** (Y COMPRIS BASE)	**PREMIUM** (Y COMPRIS BASE)
Frais de séjour		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Honoraires - médecin OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Honoraires - médecin hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier		100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)		-	2% PMSS/jour	3% PMSS/jour	4% PMSS/jour
Chambre particulière		-	2% PMSS/jour	3% PMSS/jour	4% PMSS/jour
Transport remboursé par la S.S.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
ACTES MÉDICAUX COURANTS					
Consultations spécialistes OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Consultations spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR
Consultations généralistes OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Consultations généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR
Visites généralistes / spécialistes OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	290% BR	390% BR	490% BR
Visites généralistes / spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	270% BR	270% BR
Actes de petite chirurgie hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR
Analyses, laboratoire		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Radiologie hors OPTAM/OPTAM-CO		100% BR	170% BR	185% BR	200% BR
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par la S.S.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments, vaccins ou homéopathie prescrits par un médecin et		-	-	-	-
DENTAIRE					
Soins dentaires remboursés par la S.S.		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Inlay / onlay		100% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Parodontologie non remboursée par la S.S. (max 3 actes/an/bénéficiaire)		-	max 150€/acte	max 300€/acte	max 450€/acte
Prothèses dentaires remboursées par la S.S.		125% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Inlay core		125% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Implantologie non remboursée par la S.S. (racine et pilier) (max 3 implants/an/bénéficiaire)			max 10% PMSS/ implant	max 15% PMSS/ implant	max 20% PMSS/ implant
Prothèses dentaires non remboursées par la S.S.(*)		-	270% BRR	370% BRR	470% BRR
Orthodontie remboursée par la S.S.		125% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.		125% BRR	270% BRR	370% BRR	470% BRR
AUTRES PROTHÈSES					
Prothèses auditives remboursées par la S.S. /an/bénéficiaire		100% BR	100% BR + 10% PMSS	100% BR + 15% PMSS	100% BR + 20% PMSS
Appareillages remboursés par la S.S. /an/bénéficiaire		100% BR	100% BR + 7,5% PMSS	100% BR + 10% PMSS	100% BR + 15% PMSS
OPTIQUE (**)					
Verres remboursés par la S.S.	Verres simples	100€	200€	280€	320€
	Verres complexes	200€	350€	500€	600€
	Verres hyper complexes	200€	450€	600€	700€
Monture remboursée par la S.S.		50€	80€	110€	150€
Lentilles remboursées par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire		100% BR + 5% PMSS	100% BR + 5% PMSS	100%BR + 10% PMSS	100%BR + 12,5% PMSS
Lentilles non remboursées par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire		-	5% PMSS	10% PMSS	12,5% PMSS
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)		-	300€	400€	600€
MATERNITÉ - ADOPTION(***)					
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance gémellaire)		5% PMSS	10% PMSS	15% PMSS	20% PMSS
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S					
Allocation forfaitaire		-	max 10% PMSS	max 15% PMSS	max 20% PMSS
PACK BIEN-ÊTRE					
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathie, Acupuncture, Sevrage tabagique, Podologie, Diététique, et Psychologie		20€ / séance (max 2 séances/an/bénéficiaire)	30€ / séance (max 3 séances/an/bénéficiaire)	40€ / séance (max 4 séances/an/bénéficiaire)	50€ / séance (max 5 séances/an/bénéficiaire)
Sevrage tabagique sur prescription médicale (forfait annuel)		-	-	-	-
Contraception prescrite non remboursée par la S.S. (forfait annuel)		-	-	-	-

Les montants de remboursement applicables aux médecins adhérant au CAS sont identiques aux montants applicables aux médecins ayant souscrit l'OPTAM/OPTAM-CO. **BR** : Base de remboursement de la Séc. Soc. **BRR** : Base de remboursement reconstituée. **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins - **FR** : Frais réels - **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - **S.S.** : Sécurité sociale. (*) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418. (**)L'équipement optique complet (2 verres + 1 monture) est limité à 1 remboursement tous les 2 ans sauf évolution de la vision médicalement constatée ou enfant de moins de 18 ans. Dans ces deux cas, il est fait application d'un remboursement tous les ans. La part de prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut éxerder 150 €. Les montants indiqués pour les verres et la monture ne comprennent pas le remboursement de la Sécurité sociale. Verres simples : Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Verres complexes : Verres multifocaux dont la sphère est hors zone de-6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ; Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries. Le remboursement des verres mixtes est calculé en référence aux montants prévus pour les équipements simples, complexes et hyper complexes. (***)Naissance déclarée à l'état civil (ou adoption d'un enfant de moins de 12 ans), sous réserve de fourniture du justificatif.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Annexe 2 – Justificatifs à fournir lors de l'affiliation

- **Pour votre conjoint ou assimilé**

Pour votre conjoint s'il ne figure pas sur votre attestation de Sécurité sociale :
- La photocopie de son attestation de Sécurité sociale (qui est jointe à la carte vitale).

Pour la personne avec qui vous êtes lié(e) par un PACS, si elle ne figure pas sur votre attestation de Sécurité sociale :
- Une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS, délivré par le Greffe du Tribunal d'instance et, datant de moins de 3 mois ;
- La photocopie de son attestation de Sécurité sociale.

Pour votre concubin(e) s'il ne figure pas sur votre attestation de Sécurité sociale :
- Une attestation sur l'honneur de vie commune + justificatif de domicile commun (facture EDF, bail établi au 2 noms, …) ;
- La photocopie de son attestation de Sécurité sociale.

- **Pour vos enfants**

Pour vos enfant à partir de 18 ans jusqu'à 28 ans non révolus, ceux de votre conjoint, de votre partenaire lié par un PACS ou de votre concubin(e) qui n'exercent pas d'activité régulière rémunérée :
- La photocopie de leur attestation de Sécurité sociale.

Et, en fonction de leurs situations :
- Certificat de scolarité ou une copie de la carte d'étudiant ;
- Copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- Attestation Pôle Emploi en qualité de primo demandeur d'emploi non-indemnisé ou stagiaire de la formation professionnelle ;
- Attestation pour adulte handicapé.

Pour les enfants garantis sans limitation d'âge :
- Copie de la carte d'invalidité.

- **Pour vos ascendants**

Pour les ascendants à charge du salarié ou de son conjoint, de son concubin ou du partenaire lié par un PACS :
- Preuve que l'ascendant est à la charge fiscale du salarié, de son conjoint ou concubin ou de son partenaire lié par un PACS.

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Annexe 3 – Les mots clé de la santé

A

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

Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)
Aide proposée par l'Assurance maladie sous conditions de résidence et de ressources afin de faciliter l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé en permettant à ses bénéficiaires de profiter d'une réduction sur le montant de la cotisation annuelle de leur contrat Frais de santé.
Depuis le 1er juillet 2015, les organismes d'assurance pouvant proposer des couvertures Frais de santé répondants aux caractéristiques ACS sont listés par arrêté.

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

Assurance maladie
L'Assurance maladie constitue le premier niveau de remboursement des frais de santé. L'affiliation auprès de l'Assurance maladie est nécessaire pour bénéficier du régime complémentaire souscrit auprès de l'Organisme assureur.

B

Base de Remboursement (BR)
Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature pour les Organismes d'Assurance maladie.
Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

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

Bénéficiaire
Personne couverte par le contrat.

C

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

Chirurgie réfractive
Techniques chirurgicales permettant de corriger les défauts visuels.

Contrat d'accès aux soins (CAS)
Contrat conclu entre l'Assurance maladie et les médecins de secteur 2 (ou de secteur 1 pratiquant des dépassements permanents) afin de permettre un meilleur remboursement des consultations des actes médicaux et de réduire le reste à charge pour les affiliés.
Le CAS a été mis en place par l'avenant n°8 du 6 décembre 2012 à la Convention médicale et est entré en vigueur en décembre 2013.
Les médecins ayant signé le CAS s'engagent à pratiquer pendant trois ans des tarifs bloqués.

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

Contrat individuel
Contrat à adhésion volontaire souscrit par une personne physique pour sa couverture

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

personnelle et, le cas échéant, celle de ses ayants droit, intervenant en complément des prestations versées par un Organisme d'Assurance maladie.

Contrat responsable

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

Contrat surcomplémentaire

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

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

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

D

Dépassement d'honoraires

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

Dépenses réelles

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

F

Forfait « 18 euros »

Participation forfaitaire de 18 euros mise à la charge de l'assuré social pour les actes dépassant un certain tarif fixé par les autorités publiques.
Ainsi, à titre indicatif, au 1er août 2015, cette participation s'applique :

- Aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, ou dans un établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ;
- Aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique), y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;
- Aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

Forfait journalier hospitalier

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

Frais de séjour

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

Frais d'accompagnement

Frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (exemple : parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).
Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par les Organismes d'Assurance maladie.

Frais réels

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

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Franchise médicale
Somme déduite des remboursements effectués par l'Organisme d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
Le montant de la franchise est de :
- 0,50 euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 0,50 euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

La franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence.
La franchise est plafonnée à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, 4 euros par jour pour les transports sanitaires et 50 euros par an, au total.

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

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

H

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

I

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

Implantologie
L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse. L'implantologie n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance maladie.

Inlays et Onlays
Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne.

M

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

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

Médecin traitant
Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, tous les assurés sociaux de 16 ans et plus doivent déclarer un médecin traitant. Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre peut être désigné en qualité de médecin traitant.
Le médecin traitant coordonne les soins et oriente l'assuré social dans le parcours de soins coordonnés, en le dirigeant si nécessaire vers les professionnels de santé adaptés à ses besoins.
Toutefois, l'affilié social pourra consulter certains médecins spécialistes sans passer par son médecin traitant :
- Gynécologue ;
- Ophtalmologue ;
- Psychiatre ou neuropsychiatre ;
- Stomatologue.

N

Nomenclature
Notion désignant l'ensemble des référentiels codifiant les actes médicaux reconnus par les Organismes d'Assurance maladie et fixant leur base de remboursement par elle-même et notamment :
- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),

- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- la Liste des produits et des prestations remboursables (LPPR ou LPP).

O

OPTAM / OPTAM-CO

Depuis le 1er janvier 2017, l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) a succédé au Contrat d'Accès aux Soins.
Une nouvelle option spécifique est également ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique, avec une valorisation directe à l'acte (OPTAM-CO).

Organismes d'Assurance maladie

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

Organisme Assureur Complémentaire

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

P

Parcours de soins coordonnés

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

Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 1 euro est demandée aux assurés sociaux de plus de 18 ans.
Cette participation forfaitaire s'applique pour toutes les consultations et tous les actes réalisés par un médecin ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.
Cette participation forfaitaire est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

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

R

Régime de base

Régime obligatoire intervenant en premier niveau de remboursement, couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Reste à charge

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

T

Ticket modérateur

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

Tiers payant

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

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499

Umanens
L'humain a du sens

Nous avons la conviction que la proximité, la solidarité et l'écoute ont encore toutes leur place dans la mise en oeuvre d'un régime frais de santé.
Mieux vous connaître, mieux vous comprendre pour mieux vous accompagner...Voilà ce qui anime nos équipes.

Umanens...
L'expérience mutuelle !

1 million
de personnes protégées

224
agences de proximité

601 millions
d'euros de cotisations

Pour contacter votre gestionnaire
Rien de plus simple,
à vous de choisir la solution qui vous convient :

Par téléphone :
01 45 22 52 53
(fax: 01 45 22 15 87)

Espace assuré :
www.gerep.fr

Par courrier à l'adresse suivante :
GEREP
CS 40001
4 RUE DE VIENNE
75378 PARIS CEDEX 08.

Identités MUTUELLE

Mutuelle Familiale
ma nouvelle mutuelle

Mutualia
Entre nous, c'est humain

UMANENS // 9 rue du 4 septembre // 75002 Paris
www.umanens.fr
Umanens, Union de groupe mutualiste du Livre I du Code de la mutualité - SIREN N° 800 533 499