

**Accord paritaire interprofessionnel régional
instituant un régime de garanties collectives
de remboursement des frais médicaux au profit des salariés
des entreprises de l'artisanat et du commerce de proximité de
Rhône-Alpes**

ENTRE LES SOUSSIGNES

- l'UPA Rhône-Alpes et ses trois confédérations : CAPEB Rhône-Alpes, CGAD Rhône-Alpes, CNAMS Rhône-Alpes.

D'une part,

ET

Les unions régionales représentatives de salariés :

- CFE CGC Rhône-Alpes, CFDT Rhône-Alpes, CFTC Rhône-Alpes, CGT-FO Rhône-Alpes, CGT Rhône-Alpes.

D'autre part.

Préambule

Le secteur de l'Artisanat du bâtiment et du commerce de proximité compte 127 000 entreprises en Rhône-Alpes et 320 000 salariés.

Les partenaires sociaux représentatifs du secteur se sont dotés d'une Commission Paritaire Régionale Interprofessionnelle de l'Artisanat, la CPRIA, pour développer un dialogue social adapté notamment dans les domaines de l'emploi, de la formation professionnelle et de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences ; de l'hygiène, de la santé et de la

sécurité au travail ; des actions sociales ; et de l'aide au dialogue social territorial et dans l'entreprise.

Pour les entreprises non visées par un dispositif de prévoyance conventionnel obligatoire ou interprofessionnel, les membres de la CPRIA Rhône-Alpes : l'UPA Rhône-Alpes et ses trois confédérations, CFE CGC Rhône-Alpes, CFDT Rhône-Alpes, CFTC Rhône-Alpes, CGT-FO Rhône-Alpes, CGT Rhône-Alpes, ont décidé de mettre en œuvre un dispositif leur permettant d'accéder, à un contrat groupe à des conditions tarifaires particulièrement étudiées au regard de la mutualisation du dispositif.

Les salariés bénéficiaires disposeront ainsi, à un coût maîtrisé, d'une garantie complémentaire en matière de remboursements de frais médicaux. En renforçant la protection sociale de ses salariés, l'employeur les fidélise. Il leur offre un avantage réservé le plus souvent aux salariés des grandes entreprises. L'employeur peut bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux selon certaines conditions (caractère obligatoire...).

Les modalités de l'accord sont les suivantes :

Article 1 Objet

Le présent accord a pour objet d'instituer un régime de remboursement de frais médicaux au profit des salariés des entreprises artisanales et du commerce de proximité entrant dans le champ d'application défini à l'article 2 et souhaitant mettre en place un tel régime.

Lorsqu'une entreprise décide d'adhérer au régime, celui-ci devient obligatoire pour l'ensemble des salariés de cette entreprise.

Le présent régime mis en place respecte les exigences légales et réglementaires applicables au contrat responsable présentes et à venir et notamment les dispositions légales concernant :

- la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004, ayant posé comme principe fondamental la nécessaire maîtrise des dépenses de santé en France,
- les décrets des 29 septembre 2005 et 1er août 2007,
- l'arrêté du 8 juin 2006, fixant les actes de prévention qualifiants pour le contrat responsable,
- le décret n°2012-386 du 21 mars 2012

Article 2 Champ d'application

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises artisanales et du commerce de proximité de la région Rhône-Alpes non visées à la date de mise en place du présent régime par un autre régime collectif professionnel ou interprofessionnel obligatoire de remboursement de frais médicaux.

Toute entreprise qui, postérieurement à son adhésion, se trouvera comprise dans le champ d'application professionnel d'un autre régime collectif obligatoire de remboursement de frais médicaux, sera appelée à rejoindre le nouveau régime mis en place. Sur simple demande de sa part ayant pour objet de rejoindre le nouveau régime mis en place, comportant une clause de migration obligatoire sans clause de sauvegarde applicable, l'organisme assureur choisi par l'entreprise pour assurer le présent régime de remboursement de frais médicaux, résiliera dans l'année le contrat souscrit.

Article 3 Tableau des garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les garanties sont présentées dans les tableaux annexés au présent accord.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et dûment justifiées.

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

Article 4 Limites des garanties - exclusions et plafond des remboursements

Les limites des garanties, les exclusions et plafond des remboursements applicables sont ceux détaillés aux conditions générales de l'organisme assureur choisi. S'agissant de l'organisme assureur recommandé prévu à l'article 13, le détail figure à l'annexe 2 du présent accord.

Article 5 Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, le régime de « Remboursement de frais médicaux » ainsi que l'engagement de l'entreprise à l'égard de ses salariés (part patronale) sont maintenus au profit des salariés :

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

Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisations.

Article 6 Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent régime notamment les demandes de prestations sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues au code dont relève l'organisme assureur choisi.

Article 7 Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par les organismes assureurs choisis à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, les organismes assureurs choisis sont subrogés au bénéficiaire des prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 8 Cotisations du régime de « premier niveau base obligatoire »

Article 8.1 Montant et répartition de la cotisation

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

Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

La charge de cotisation relative au régime de « premier niveau base obligatoire » dont bénéficie le salarié est répartie comme suit :

- 50% pour l'employeur ;
- 50% pour le salarié.

Néanmoins, les entreprises relevant du champ d'application du présent accord peuvent mettre en place à leur initiative et dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale, une répartition de la cotisation plus favorable au salarié pour la couverture du régime de « premier niveau base obligatoire ».

Les montants des cotisations sont présentés dans les tableaux annexés au présent accord.

L'organisme assureur peut proposer des garanties facultatives dont les cotisations seront entièrement à la charge du salarié, ou de son conjoint.

Article 8.2 Révision de la cotisation

La cotisation étant exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, celle-ci augmentera chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

En outre, au 1er janvier de chaque année, la cotisation sera révisée le cas échéant par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévues sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice,
- des résultats du régime.

Article 8.3 Obligation des entreprises adhérentes, adhésion, affiliation et paiement des cotisations

a/ Adhésion — Affiliation

En application de la clause de recommandation stipulée à l'article 13, les partenaires sociaux mandatent l'Association Paritaire Interprofessionnelle de l'Artisanat Rhône-Alpes, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée à la Préfecture du Rhône le 16 juillet 2012, dont le siège social est situé 59 rue de Saint Cyr – CP 404 – 69338 Lyon Cedex 09, représentée par son Président afin de conclure et signer en leur nom et pour leur compte une convention d'assurance avec l'organisme d'assurance recommandé.

Le présent régime, pour être applicable, doit être mis en place au niveau de l'entreprise par l'un des moyens visés à l'article L911-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir convention ou accord collectif, référendum ou décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis à chaque intéressé.

Le régime devient obligatoire pour l'ensemble des salariés de l'entreprise ayant manifesté son adhésion. Afin d'adhérer au régime, l'entreprise concernée devra retourner à l'organisme assureur choisi un contrat d'adhésion.

Les salariés des entreprises artisanales et du commerce de proximité de la région Rhône-Alpes entrant dans le champ d'application du présent accord tel que décrit à l'article 2 bénéficient obligatoirement de la couverture de « premier niveau base obligatoire » si celle-ci a été mise en place par leur entreprise. L'entreprise devra obligatoirement affilier l'ensemble de ses salariés. Chaque entreprise adhérente peut retenir une ou plusieurs dispenses d'affiliation prévues par la réglementation.

L'entreprise devra remettre à chaque salarié concerné la notice d'information établie et délivrée par l'organisme assureur choisi afin de lui faire connaître ses droits et obligations, ainsi que les caractéristiques du présent régime.

Elle devra fournir à l'organisme assureur choisi un état récapitulatif complet du personnel concerné.

b/ Déclarations

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le salarié servent de base à la mise en œuvre des garanties.

L'organisme assureur choisi pour la gestion des garanties se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

c/ Paiement des cotisations

Les cotisations sont appelées et payées selon les conditions et forme prévues dans les conditions générales de l'organisme assureur choisi.

Article 9 Cessation des garanties - Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de la portabilité (article 10 du présent accord), le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une garantie frais de santé est proposée sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

Les intéressés sont tenus de justifier qu'ils répondent à l'une des conditions ci-dessus à la date de cessation des garanties. Ils doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail.

Dans l'attente de la révision de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « loi Evin ») demandée par les signataires de l'ANI du 11 janvier 2008, les anciens salariés visés par le dispositif de portabilité visé à l'article 10 du présent accord, dont la durée de portabilité est supérieure à 6 mois disposent de leur période de portabilité pour demander à bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi Evin. La garantie prendra effet à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Une demande d'adhésion doit être complétée et signée par l'assuré.

Article 10 Portabilité des droits

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité instauré par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I.) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008, modifié par l'avenant n°3 du 18 mai 2009.

En cas de cessation du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié bénéficie du maintien des garanties exposées dans le présent article.

Le présent dispositif de portabilité s'applique aux cessations de contrat de travail, telles que définies précédemment, dont la date est égale ou postérieure à la date de prise d'effet du régime dans l'entreprise, sauf poursuite des droits à portabilité ouverts chez un assureur précédent.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, sauf les stipulations particulières définies ci-après et sous réserve que l'ancien salarié n'ait pas expressément renoncé à l'ensemble des garanties collectives souscrites par son employeur, qu'elles soient prévues par convention collective ou par les autres modalités de mise en place des garanties prévoyance et frais de santé définies à l'article L911-1 du code de la Sécurité sociale. Lorsque le salarié renonce au maintien de ses droits, cette renonciation est définitive et concerne automatiquement l'ensemble des garanties collectives dont il bénéficiait dans l'entreprise. Il doit le notifier expressément par écrit à son ancien employeur, dans les dix jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

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

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur.

Le maintien de garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse:

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend un autre emploi,
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'employeur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- dès lors qu'il ne s'est pas acquitté du paiement de sa quote-part de financement à la date d'échéance de ses cotisations.
- en cas de décès.

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

Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les mêmes conditions et proportions qu'antérieurement. En

cas de révision de la cotisation des salariés en activité, la cotisation des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité sera révisée dans les mêmes conditions.

Il appartient à l'entreprise de régler à l'échéance prévue au contrat de l'organisme assureur, la totalité des cotisations pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité, à charge pour elle de récupérer la part de ses anciens salariés. Il est précisé que la collecte des cotisations peut être effectuée en totalité à l'occasion de la rupture du contrat de travail. L'ancien salarié retrouvant un emploi avant la fin de la période de maintien de droits peut demander à son ancien employeur le remboursement du trop versé.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

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

Article 11 Mutualisation

Les partenaires sociaux décident que les résultats techniques du régime assuré par l'organisme visé à l'article 13 seront mutualisés. Cette mutualisation sera organisée dans la convention d'assurance visée à l'article 8.3.

L'organisme précité présentera un rapport annuel global sur les comptes au Comité de pilotage mentionné à l'article 12. Le rapport annuel respectera les termes de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin et son décret d'application n°90-769 du 30 août 1990.

Article 12 Pilotage du régime

Le comité de pilotage mis en place au sein de l'Association Paritaire Interprofessionnelle de l'Artisanat Rhône-Alpes mandaté par la Commission Paritaire Régionale Interprofessionnelle de l'Artisanat (CPRIA) de la région Rhône-Alpes sera chargé de suivre le régime institué par le présent accord.

Il se réunit au moins une fois par an avec l'organisme assureur recommandé pour évaluer les résultats obtenus, l'évolution de la sinistralité, l'égalité de traitement et la qualité du service rendu.

L'organisme assureur visé à l'article 13 s'engage à communiquer tous les éléments nécessaires à la bonne appréciation de la situation. En cas de difficultés d'application, le comité de pilotage se réunit à l'initiative de la partie la plus diligente afin d'examiner les aménagements à apporter.

Article 13 Organisme assureur

Pour la mise en œuvre du présent accord, un modèle de contrat d'adhésion à AG2R – MACIF PREVOYANCE - 84 rue Charles Michels 93200 Saint-Denis, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale - est présenté en annexe 1.
Les conditions générales du contrat figurent en annexe 2.

Article 14 Durée, date d'effet et révision du présent accord

Le présent accord prend effet à compter du 1^{er} Octobre 2012 pour une période se terminant le 31 décembre 2013.

Il se renouvellera, par la suite, par tacite reconduction pour une durée de 1 an, sauf volonté contraire des partenaires sociaux, notifiée au plus tard le 31 octobre minuit avant l'échéance.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant l'échéance du terme, de modifier la présente Convention, conformément à la procédure prévue aux articles L.2222-5 et L.2261-7 et suivants du Code du travail.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception aux autres signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux signataires se réunit alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Article 15 Dépôt et publicité

Des exemplaires du présent accord seront déposés auprès des services compétents dans les conditions définies aux articles D2231-2 et suivants du code du travail.

En outre un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Fait en 15 exemplaires, sur support papier, à LYON, le 19 Septembre 2012.

Les signataires :

Pour l'UPA Rhône Alpes :
Monsieur le président Christian BRUNET



Pour la CNAMS Rhône Alpes :
Monsieur le président Christian LABESQUE



Pour la CFDT Rhône Alpes :
Pour Madame la secrétaire générale Elisabeth LEGAC,
Monsieur Luc THORAL



Pour la CFTC Rhône Alpes :
Monsieur le président Christian CUMIN



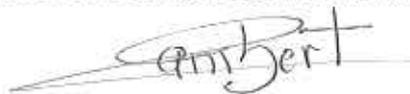
Pour la CGT-FO Rhône Alpes :
Monsieur le coordonnateur Arnaud PICHOT



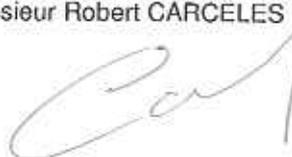
Pour la CGAD Rhône Alpes :
Pour Monsieur le président Bruno CABUT,
Madame Catherine SCHULER



Pour la CAPEB Rhône Alpes :
Monsieur le président Jean Louis LAMBERT



Pour la CFE-CGC Rhône Alpes :
Pour Monsieur le président Laurent CARUANA,
Monsieur Robert CARCELES



Pour la CGT Rhône Alpes :
Pour Monsieur le secrétaire général Bruno BOUVIER,
Madame Christine CANALE



ANNEXES

ANNEXE 1 : MODELE DE CONTRAT D'ADHESION ENTREPRISE

ANNEXE 2 : CONDITIONS GENERALES AG2R – MACIF PREVOYANCE n°10/2011

ANNEXE 3 : TABLEAU DES GARANTIES

ANNEXE 4 : TABLEAU DES COTISATIONS



AG2R LA MONDIALE



NOS EXPERTISES AU SERVICE DES SALARIES ET DES ENTREPRISES

AG2R-MACIF Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale

**CONTRAT D'ADHESION FRAIS DE SANTE – « ARTISANTE RHONE – ALPES »
REGIME DE BASE OBLIGATOIRE (FORMULE ESSENTIELLE)**

CONTRAT N°	REF :
------------	-------

Le présent contrat est conclu entre :

AG2R-MACIF Prévoyance, votre assureur au titre du partenariat entre les groupes MACIF et AG2R LA MONDIALE, est une Institution de prévoyance, régie par le code de la Sécurité sociale agréée par arrêté du 7 mai 1985 - 84 rue Charles Michels - 93284 Saint Denis CEDEX

Et l'entreprise ci-après désignée :

Nom ou Raison Sociale :	Forme juridique :
Enseigne commerciale (le cas échéant) :	Adresse de correspondance (si différente) :
Adresse du Siège Social :	
N° SIRET :	Code NAF :
Représentée par :	agissant en qualité de :
ayant tout pouvoir pour engager l'entreprise.	

Les dispositions des Conditions générales obligatoires de AG2R-MACIF Prévoyance (10/2011) ci-jointes, s'appliquent de plein droit pour les catégories de personnel indiquées ci-dessous, sauf dispositions contraires précisées aux conditions particulières.

Codes	Catégories de personnel	Structure de cotisations Taux / montant mensuel de cotisations TTC* (1)	Date d'effet (2)	Effectif
	Ensemble du personnel Régime Général	Adulte salarié : 1,43 % PMSS (en vigueur au 1 ^{er} janvier de l'exercice en cours) Répartis à raison de : 50% pour l'employeur / 50 % pour le salarié (sauf répartition différente définie dans l'acte juridique interne de l'entreprise / Art L.911.1 du code de la SS)		
	Anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité Régime Général	Maintien de la couverture frais de soins de santé selon les modalités fixées aux conditions particulières		

Les dispositions des conditions générales de AG2R-MACIF Prévoyance s'appliquent de plein droit, sauf pour les garanties ASSISTANCE comprises et assurées par IMA, 118 Avenue de Paris 79000 NIORT.

* Les cotisations ci-dessus s'entendent y compris les taxes et contributions en vigueur à la date d'effet du présent contrat.

(1) Le coût des garanties assistance est inclus dans les montants indiqués ci-dessus (gratuit pour les enfants).

(2) Elle sera modifiée si le contrat n'est pas signé et envoyé par l'entreprise dans les 60 jours suivant la date d'effet retenue. AG2R-MACIF Prévoyance ne sera tenue d'aucun engagement et le contrat sera réputé nul et non avenu tant à l'égard des salariés que de l'entreprise.

RESERVE A L'ENTREPRISE <i>Signature du Responsable (cachet de l'entreprise)</i>	RESERVE A L'INSTITUTION <i>Pour AG2R-MACIF Prévoyance,</i>
Fait à le	Le Directeur Général Philippe RICARD

CONDITIONS PARTICULIERES

OBJET DU CONTRAT

Le régime frais de soins de santé détaillé au présent contrat est institué en application de l'Accord interprofessionnel régional des entreprises artisanales et du commerce de proximité de la région Rhône - Alpes signé le 19/09/2012 au profit de l'ensemble des salariés de l'entreprise liés par un contrat de travail, quelle qu'en soit la forme.

Il a pour objet d'accorder aux salariés concernés, dans le cadre d'une couverture collective obligatoire, des prestations complémentaires à celles versées par les régimes de base de la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés par ces bénéficiaires. Par dérogation au caractère obligatoire, peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime certains salariés, dans le respect des conditions prévues par l'acte juridique interne de l'entreprise (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur), en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur. En tout état de cause, ces participants seront tenus de cotiser et d'adhérer à la garantie frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

GARANTIES

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

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant ci-dessous.

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

Les remboursements sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés dûment justifiés.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (1)	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
▪ Frais de séjour	175% de la BR	
▪ Actes de chirurgie (ADC)	175% de la BR	
▪ Actes d'anesthésie (ADA)	175% de la BR	
▪ Autres honoraires	175% de la BR	
▪ Chambre particulière (2) *	60 € par jour	
▪ Forfait hospitalier engagé *	Frais réels dans la limite du forfait réglementaire en vigueur.	
▪ Transport remboursé SS	100% de la BR	
Actes médicaux		
▪ Généralistes (Consultations et visites)	100% de la BR	
▪ Spécialistes (Consultations et visites)	175% de la BR	
▪ Actes de chirurgie (ADC)	150% de la BR	
▪ Actes techniques médicaux (ATM)	150% de la BR	
▪ Actes d'obstétriques (ACO)	150% de la BR	
▪ Actes d'imagerie médicale (ADI)	150% de la BR	
▪ Actes d'échographie (ADE)	150% de la BR	
▪ Auxiliaires médicaux	100% de la BR	
▪ Analyses médicales	100% de la BR	
Actes médicaux non remboursés SS		
▪ Chirurgie réfractive	Crédit de 400€ par œil et par année civile	
Pharmacie remboursée SS		
▪ Pharmacie	100% du TFR	

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (1)	
	Conventionné	Non conventionné
Dentaire		
• Soins dentaires		100% de la BR
• Prothèses dentaires remboursés par la SS		350% de la BR
• Prothèses dentaires non remboursés par la SS *		Crédit de 350€ par année civile
• Orthodontie acceptée par la SS		250% de la BR
Prothèses non dentaires (acceptées SS)		
• Prothèses auditives		RSS + Crédit de 1200€ par année civile
• Orthopédie		RSS + Crédit de 600€ par année civile
Optique		
• Monture adulte		RSS + Crédit de 150€ par année civile
• Verres simples		RSS + Forfait de 70€ par verre limité à 2 verres par année civile (3)
• Verres complexes adulte		RSS + Forfait de 200€ par verre limité à 2 verres par année civile (3)
• Lentilles acceptées par la SS		RSS + Crédit de 150€ par année civile
• Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)		Crédit de 150€ par année civile
Maternité		
• Périnatale		Crédit de 20% PMSS par année civile
Médecines hors nomenclature		
• Acupuncture, chiropractie, ostéopathe (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)		50€ par consultation, limité à 3 consultations par année civile
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005		
• Prise en charge des deux actes de prévention suivants - détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ; - les vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge.		100% de la BR
Garantie Assistance		incluse

BR = Base de remboursement, tarif servant de référence au Régime de base de la SS pour déterminer le montant de son remboursement ;

€ = Euro ; **TFR** : Tarif Forfaitaire de Responsabilité, **PMSS** = Plafond Mensuel Sécurité Sociale, **RSS** = Remboursement Sécurité Sociale.

* Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la Sécurité sociale.

(1) Dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

(2) dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

(3) La limite à 2 verres par année civile s'applique même en cas de panachage des verres

Verres Simples : LPP 2203240, 2287916, 2259966, 2226412, 2290396, 2291183, 2227038, 2299180.

Verres Complexes : LPP 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252868, 2288519, 2299523, 2245384, 2295198, 2202239, 2252042.

MAINTIEN DES GARANTIES

1) Modalités de maintien du régime frais de soins de santé au profit des participants en suspension du contrat de travail :

Le bénéfice des garanties du présent régime est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient au dernier jour du mois de la date de cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que AG2R-MACIF Prévoyance en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra d'effet qu'à compter de la réception par AG2R-MACIF Prévoyance de la déclaration faite par l'entreprise. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné.

Toutefois les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle :

- ils sont en congés maternité, d'adoption ou paternité ;
- ils sont en arrêt de travail pour maladie ou accident (d'ordre professionnel ou non) ;
- ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur (qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers).

Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime de base obligatoire (part patronale et salariale).

2) Modalités du maintien du régime frais de soins de santé en application du dispositif de portabilité des droits :

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I.) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008 modifié en dernier lieu par l'avenant n° 3 du 18 mai 2009, a instauré un dispositif de portabilité à la charge des entreprises entrant dans le champ d'application de cet accord.

Dans le cadre de ce dispositif et au titre du présent contrat, les garanties du régime frais de soins de santé peuvent être maintenues au profit des anciens salariés qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise. Ce maintien s'effectue selon les modalités définies ci-après.

• Participants :

Sont garantis dans les conditions définies ci-après, les anciens salariés, appartenant à la catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du présent contrat d'adhésion, lorsque la rupture ou la fin de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire au titre du présent régime aient été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail.

Le présent dispositif de portabilité s'applique aux cessations de contrat de travail, telles que définies précédemment, dont la date est égale ou postérieure à la date de prise d'effet du présent contrat, sauf poursuite des droits à portabilité ouverts chez un assureur précédent.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que les participants en activité, sauf dispositions particulières définies ci-après et sous réserve que l'ancien salarié n'ait pas expressément renoncé à l'ensemble des garanties collectives souscrites par son employeur, qu'elles soient prévues par la Convention collective territoriale ou par les autres modalités de mise en place des garanties prévoyance/frais de santé définies à l'article L911-1 du code de la Sécurité sociale.

Lorsque le participant renonce au maintien de ses droits, cette renonciation est définitive et concerne automatiquement l'ensemble des garanties collectives dont il bénéficiait dans l'entreprise. Cette renonciation, qui est définitive doit être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les dix jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

• Durée et limites :

Le maintien des garanties du contrat d'adhésion prend effet pour chaque salarié tel que défini ci-dessus dès le lendemain de la date de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise adhérente auprès de AG2R-MACIF Prévoyance.

Le maintien de garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du participant dans l'entreprise adhérente, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois.

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

De plus, les garanties cessent en cas de non paiement par le salarié de sa quote-part de cotisation.

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

• Formalités de déclaration :

L'entreprise adhérente doit adresser pour chaque participant concerné à AG2R-MACIF Prévoyance, dans un délai d'un mois suivant la date de rupture ou de fin du contrat de travail, le bulletin individuel d'affiliation au dispositif de portabilité des garanties collectives santé, dûment complété et signé. A défaut, AG2R-MACIF Prévoyance ne sera tenue à

aucun engagement de maintien des garanties du bulletin d'adhésion à l'égard d'un participant concerné, non déclaré par l'entreprise dans le délai indiqué.

Dès qu'elle en a connaissance, l'entreprise adhérente s'engage à informer AG2R-MACIF Prévoyance pour chaque participant concerné de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties, dans le mois de survenance de celle-ci. Sont visées notamment les causes suivantes : le participant reprend un autre emploi ; il ne peut plus justifier auprès de l'entreprise adhérente de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ; il ne paie pas sa quote-part de cotisation ; à la date d'effet de la liquidation de sa pension vieillesse de la sécurité sociale ; en cas de décès du participant.

• Garanties maintenues :

Les participants définis ci-dessus bénéficient des garanties du présent contrat, applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la rupture ou fin de leur contrat de travail.

Les personnels bénéficiant du maintien de ce régime au titre du dispositif de portabilité seront reconnus au titre de la catégorie contractuelle « anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité ».

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

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

• Paiement des prestations :

L'entreprise adhérente devra produire, auprès de son centre de gestion, le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

• Cotisations :

Le financement du maintien des garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié.

Les cotisations dues pendant toute la période de maintien des garanties définie ci-dessus sont calculées aux taux applicables à la catégorie de personnel mentionnée au contrat d'adhésion à laquelle appartenait l'ancien salarié, et financées dans les mêmes proportions.

Il appartient à l'entreprise adhérente de régler à l'échéance prévue au contrat frais de santé, la totalité des cotisations pour les participants bénéficiant du dispositif de portabilité au titre du présent contrat, à charge pour elle de récupérer la part due par les anciens salariés.

En cas de révision de la cotisation des salariés en activité, la cotisation des participants bénéficiant du dispositif de portabilité sera révisée dans les mêmes conditions.

4) Modalités de maintien du régime de frais de soins de santé en application des dispositions de l'article 4 de la « Loi Evin » au profit du personnel visé ci-après :

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, AG2R-MACIF Prévoyance propose, à titre individuel, une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de AG2R-MACIF Prévoyance. La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Toutefois, dans l'attente de la révision de l'article 4 de la « Loi EVIN » demandée par les signataires de l'A.N.I. du 11 janvier 2008, les anciens salariés visés ci-dessus mais ayant bénéficié du « dispositif de portabilité » prévu au contrat d'adhésion, doivent en faire la demande :

- dans un délai de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail, pour les anciens salariés bénéficiant d'une portabilité inférieure à 6 mois,
- à l'issue de la période de portabilité, pour les anciens salariés bénéficiant d'une portabilité supérieure à 6 mois.

La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Les tarifs applicables aux anciens salariés visés ci-dessus ne peuvent être supérieurs de plus de 50 pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

RESERVE A L'ENTREPRISE	RESERVE A L'INSTITUTION
Signature du Responsable (cachet de l'entreprise) Fait àle	Pour AG2R-MACIF Prévoyance, Le Directeur Général Philippe RICARD

CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'accorder aux assurés définis à l'article 3 une prestation complémentaire aux régimes de base de la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Pour tous les aspects ne faisant pas l'objet d'une dérogation ou d'un aménagement précisé aux conditions particulières du contrat, il sera fait application des présentes conditions générales.

Les conditions du contrat mises en œuvre par l'adhérent auprès de AG2R-MACIF PREVOYANCE sont celles d'un contrat collectif obligatoire prls en application d'un accord d'entreprise, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur. En conséquence, aucun salarié ne peut renoncer au contrat.

ARTICLE 2 - DATE D'EFFET ET RECONDUCTION DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. Il est souscrit par l'entreprise désignée aux conditions particulières, dénommée ci-après « adhérent », pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat se renouvelle chaque année à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée.

Procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires de l'adhérente

La garantie subsiste, moyennant paiement des cotisations, en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires de l'adhérente.

L'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'institution conservent le droit de résilier le contrat pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires.

La portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'institution ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

ARTICLE 3 - PERSONNEL GARANTI ET BENEFICIAIRES

Sont assurées au titre du présent contrat les personnes appartenant à la catégorie mentionnée aux conditions particulières affiliées pour elles-mêmes et les bénéficiaires ci-après définis.

L'adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses nouveaux salariés.

Sont bénéficiaires des garanties du contrat :

- **l'assuré social affilié dénommé « participant »,**

et, par extension :

1) dans le cadre d'une cotisation « uniforme », d'une cotisation « famille », d'une cotisation « 3 bénéficiaires et plus » ou sous réserve d'une cotisation supplémentaire, dans le cas d'une expression de la cotisation par bénéficiaire (adulte/enfant) :

- **son conjoint,**

- **son concubin au sens de l'article 515-8 du code civil (salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec le participant.** Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec le participant, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance. Dans le cas où le concubin n'est pas lié au participant par un Pacs et n'est pas ayant droit du participant au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

- **les enfants à charge répondant à la définition suivante :**

- les enfants de moins de 21 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
- les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale à savoir :
 - ▶ les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - ▶ les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,

quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après,

- ▶ pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
- ▶ ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
- ▶ bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable

Dans le cadre de la structure de cotisation « adulte/enfant », à compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge, cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

- **toute personne à charge du participant, au sens des assurances sociales,**

2) dans le cadre d'une cotisation « 2 bénéficiaires » :

- **soit son conjoint ou son concubin tel que défini ci-dessus,**
- **soit un seul enfant à charge répondant à la définition ci-dessus.**

MODALITÉS DES AFFILIATIONS

Les assurés rempliront un bulletin d'affiliation afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat.

AG2R-MACIF PREVOYANCE se réserve le droit, à tout moment, de demander au participant de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par son adhésion (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte Vitale ; avis d'imposition).

ARTICLE 4 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties définies au chapitre II prennent effet :

- à la date de prise d'effet du contrat, pour les salariés présents à l'effectif,
- à la date d'embauche, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat.

ARTICLE 5 - CESSATION DES GARANTIES

DISPOSITIONS GENERALES

Pour tout participant et les éventuels bénéficiaires, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le participant à l'entreprise adhérente ou, en cas de maintien des droits au titre de la portabilité, le dernier jour du mois au cours duquel prend fin la période de portabilité.

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

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du présent contrat.

En cas de cessation des garanties, le participant et ses bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à leur intention dont les conditions en vigueur peuvent être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du participant décédé.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois à compter de la radiation au présent contrat, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

PORTABILITE DES GARANTIES

Les garanties frais de santé peuvent être maintenues aux membres participants après la date de cessation de leur contrat de travail dans les conditions définies en annexe aux conditions particulières et ce en application du dispositif de portabilité instauré par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I.) sur la modernisation du marché de travail du 11 janvier 2008 et ses avenants.

ARTICLE 6 - COTISATIONS

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties, en tout ou partie, à cette occasion.

MONTANT DES COTISATIONS

Il est déterminé selon l'effectif affilié dans la catégorie définie au contrat et mentionné aux conditions particulières.

A cet effet, l'adhérent devra fournir à AG2R-MACIF PREVOYANCE une photocopie de sa DADS ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés relevant de la catégorie définie au contrat, non seulement à l'adhésion, mais aussi chaque année, afin de déterminer la tarification.

PAIEMENT

Les cotisations sont payables trimestrielllement à terme échu, sauf stipulations contraires figurant aux conditions particulières. Elles doivent être versées à AG2R-MACIF PREVOYANCE dans le premier mois de chaque trimestre civil, pour le trimestre écoulé.

L'adhérent est responsable du paiement des cotisations.

En cas de non paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, les garanties sont suspendues, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'adhérent.

En cas d'arrêt de travail du participant, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation.

La cotisation doit être intégralement versée tant que l'intéressé fait partie du personnel affilié, qu'il soit présent ou non, qu'il perçoive ou non tout ou partie de son salaire.

INDEXATION

Les cotisations de chaque catégorie de personnes mentionnées aux Conditions particulières peuvent être indexées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre global du portefeuille de AG2R-MACIF PREVOYANCE.

L'indexation ainsi définie est communiquée à l'entreprise.

Lorsque l'entreprise s'oppose à l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours (pour une indexation au 1^{er} janvier) ou le 15 juin de l'année en cours (pour une indexation au 1^{er} juillet), le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié, selon la date d'effet de l'indexation, au 31 décembre ou au 30 juin de l'année en cours.

A défaut d'opposition notifiée par l'entreprise sur l'indexation dans les conditions énoncées ci-dessus, les cotisations indexées sont appliquées.

REVISION

Les cotisations de chaque catégorie de personnes mentionnées aux Conditions particulières peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui prend en compte l'équilibre (rapport prestations / cotisations) du contrat frais de santé de l'entreprise ou du groupe d'entreprises clairement identifié aux conditions particulières du contrat.

Conditions Générales 10/2011

La révision des cotisations ainsi définie est communiquée à l'entreprise.

Lorsque l'entreprise s'oppose avant le 10 décembre de l'année en cours à la révision, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié au 31 décembre de l'année en cours.

A défaut d'opposition notifiée par l'entreprise sur la révision avant le 10 décembre de l'année en cours, le contrat est reconduit sur la base des cotisations révisées.

Les nouvelles cotisations sont formalisées par avenant au contrat.

ARTICLE 7 - PRESCRIPTION DES ACTIONS

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées aux présentes conditions générales sont proscrites dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

CHAPITRE II - DEFINITION DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

ARTICLE 8 - NIVEAU DE LA GARANTIE

Le niveau des prestations garanties est indiqué aux conditions particulières du contrat.

ARTICLE 9 - FRAIS GARANTIS

Sont couverts, sauf stipulations contraires dans les conditions particulières, tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au contrat en fonction de la formule de couverture retenue.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du participant, après intervention du régime de base, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

MATERNITE/ADOPTION

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

Lorsque les conditions particulières du contrat le prévoient, AG2R-MACIF PREVOYANCE verse, en cas de naissance

d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

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

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

ARTICLE 10 - LIMITES DES GARANTIES - EXCLUSIONS

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

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

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
 - engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par AG2R-MACIF PREVOYANCE sur la base de remboursement utilisé par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues au contrat,
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale,
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,
 - au titre de la législation sur les pensions militaires,
 - au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,
 - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
 - au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale,

Conditions Générales 10/2011

- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

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

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de AG2R-MACIF PREVOYANCE seront effectués après avis des praticiens-conseils de AG2R-MACIF PREVOYANCE.

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

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

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

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toute autre indemnisation de la part de AG2R-MACIF PREVOYANCE.

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

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. AG2R-MACIF PREVOYANCE peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de AG2R-MACIF PREVOYANCE.

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

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à AG2R-MACIF PREVOYANCE une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

ARTICLE 11 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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

La participation de AG2R-MACIF PREVOYANCE ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après participation de la Sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

CHAPITRE III - REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 12 - PRESENTATION DES DOSSIERS

Les demandes de remboursement sont adressées par le participant à AG2R-MACIF PREVOYANCE.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale,

et dans tous les cas :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittés et datés, le cas échéant, les devis,
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin,
- en cas de forfait maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant,
- en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie réfractive, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par AG2R-MACIF PREVOYANCE auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),
- en cas de prise en charge au titre de la garantie « Bion être », le formulaire élaboré à cet effet par AG2R-MACIF PREVOYANCE.

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou

Conditions Générales 10/2011

des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par le praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de la prestation, est tenu à la disposition des assurés sur simple demande.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

ARTICLE 13 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur le compte du participant. A cet effet, un relevé d'identité bancaire devra être remis avec chaque bulletin d'affiliation.

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par AG2R-MACIF PREVOYANCE, les prestations sont réglées dans un délai maximum de vingt jours.

ARTICLE 14 - TIERS PAYANT

Chaque participant complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une Carte Santé Terciane permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé.

Cette carte Santé reste la propriété de AG2R-MACIF PREVOYANCE.

L'adhérent s'engage, si la carte santé est en cours de validité, à la récupérer auprès du participant et à en assurer la restitution à AG2R-MACIF PREVOYANCE dans le délai de quinze jours suivant le départ du participant (démission, licenciement, retraite...) ou suivant la démission du régime de la part de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

L'adhérent restituera les sommes payées par AG2R-MACIF PREVOYANCE, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

ARTICLE 15 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R-MACIF PREVOYANCE délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation tels que définis aux conditions particulières) normalement laissés à la charge de l'assuré dans la limite des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, AG2R-MACIF PREVOYANCE délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, l'assuré est tenu de fournir à AG2R-MACIF PREVOYANCE les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

ARTICLE 16 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par AG2R-MACIF PREVOYANCE à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, AG2R-MACIF PREVOYANCE est subrogée à

l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

ARTICLE 17 - DISPOSITIONS DIVERSES

RECLAMATIONS

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'adhérent.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à AG2R-MACIF PREVOYANCE - 84 rue Charles Michels 93200 Saint Denis.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès 75008 Paris.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données à caractère personnel recueillies par AG2R-MACIF PREVOYANCE, responsable du traitement, sont nécessaires à sa gestion interne. Sauf opposition de la part des personnes concernées, elles pourront être utilisées à des fins de prospection et communiquées aux sociétés et partenaires d'AG2R-MACIF PREVOYANCE. Ces personnes disposent à l'égard de ces données d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AG2R-MACIF PREVOYANCE - 84 rue Charles Michels 93200 Saint Denis.

AUTORITE DE CONTROLE

AG2R-MACIF PREVOYANCE est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (A.C.P.) : 61, rue Taitbout, 75 009 PARIS.

Régime de base conventionnelle

Sont couverts selon vos conditions contractuelles, tous les actes et frais de soins, ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individuel Sécurité sociale, relevant des postes de garanties détaillés ci-dessous.

NATURE DES FRAIS REGIME ESSENTIEL	NIVEAUX D'INDEMNISATION (1) PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
▪ Frais de séjour		175% de la BR
▪ Actes de chirurgie (ADC)		175% de la BR
▪ Actes d'anesthésie (ADA)		
▪ Actes honoraires		60 € par jour
▪ Chambre particulière (2) *		Frais réels dans la limite du forfait réglementaire en vigueur.
▪ Forfait hospitalier engagé *		
▪ Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) *		30 € par jour
▪ Transport remboursé SS		100% de la BR
Actes médicaux		
▪ Généralistes (Consultations et visites)		100% de la BR
▪ Spécialistes (Consultations et visites)		175% de la BR
▪ Actes de chirurgie (ADC)		
▪ Actes techniques médicaux (ATM)		150% de la BR
▪ Actes d'obstétriques (ACO)		
▪ Actes d'imagerie médicale (ADI)		
▪ Actes d'échographie (ADE)		
▪ Auxiliaires médicaux		100% de la BR
▪ Analyses		100% de la BR
Actes médicaux non remboursés SS		
▪ Chirurgie de la myopie		Crédit de 400€ par œil et par année civile
Pharmacie remboursée SS		
▪ Pharmacie		100% du TFR
Dentaire		
▪ Soins dentaires		100% de la BR
▪ Prothèses dentaires remboursées par la SS		350% de la BR
▪ Prothèses dentaires non remboursées par la SS *		Crédit de 350€ par année civile
▪ Orthodontie acceptée par la SS		250% de la BR
Prothèses non dentaires (acceptées SS)		
▪ Prothèses auditives		Crédit de 1200€ par année civile
▪ Orthopédie		Crédit de 600€ par année civile
Optique		
▪ Monture adulte		Crédit de 150€ par année civile
▪ Monture enfant		Crédit de 100€ par année civile
▪ Verres simples		Crédit de 70€ par verre et par année civile
▪ Verres complexes adulte		Crédit de 200€ par verre et par année civile
▪ Verres complexes enfant		Crédit de 150€ par verre et par année civile
▪ Lentilles acceptées par la SS		Crédit de 150€ par année civile
▪ Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)		Crédit de 150€ par année civile

Maternité	
▪ Péridurale	Crédit de 20% PMSS par année civile
Medecines hors nomenclature	
▪ Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	Crédit annuel de 50€ par consultation, limité à 3 consultations par année civile
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005	
▪ Prise en charge des deux actes de prévention suivants : - détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ; - les vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge.	100% de la BR

BR = Base de remboursement, tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement ;
€ - Euro ; **TFR** : Tarif Forfaitaire de Responsabilité, **PMSS** = Plafond Mensuel Sécurité Sociale.

(1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

(2) dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

*Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la Sécurité sociale

Verres Simples : LPP 2203240, 2287916, 2261874, 2242457, 2259966, 2226412, 2200393, 2270413, 2290396, 2291183, 2259245, 2264045, 2227038, 2299180, 2240671, 2282221

Verres Complexes : LPP 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2235776, 2295896, 2273854, 2248320, 2284527, 2254868, 2283953, 2219381, 2212976, 2252668, 2238941, 2268385, 2288519, 2299523, 2245036, 2206800, 2245384, 2295198, 2238792, 2202452, 2202239, 2252042, 2234239, 2259660

Annexe : Cotisations

Cotisations du régime ArtiSanté Rhône Alpes		Formule Essentielle	Formule Confort	Formule Etendue
Régime Salariés	Salarié (adhésion obligatoire)	1,43%	0,15% **	0,47% **
Conjoints	Conjoint (adhésion facultative)	1,47%	0,15% **	0,47% **
Enfants	Enfant (adhésion facultative) *	0,77%	0,09% **	0,29% **

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du PMSS* (plafond mensuel de la sécurité sociale) en vigueur au 1^{er} Janvier de chaque année

* Valeur au 1^{er} Janvier 2012 : 3031 €

* Gratuité de la cotisation du 3^{ème} enfant.

** En adjonction des cotisations de la formule Base conventionnelle

