

**A transmettre à
votre
comptable !**

**La complémentaire santé dans la
branche du commerce de détail de
l'habillement et des articles textiles**

Janvier 2025

A retenir !

Les partenaires sociaux de la branche ont négocié et signé un **nouvel accord le 19 octobre 2021**.

Il annule et remplace l'accord du 4 novembre 2015 et ses différents avenants successifs.

Lorsqu'un régime de frais de santé mutualisé est mis en place au sein d'une branche, **la loi impose un réexamen tous les 5 ans au plus tard, d'où la conclusion de ce nouvel accord.**

La mutuelle a pour objet de **prendre en charge, partiellement ou totalement, les actes non remboursés par l'Assurance maladie et ceux qui le sont très faiblement, en vue d'assurer une couverture plus optimale.**

L'accord est applicable depuis le 1^{er} janvier 2022 (étendu par arrêté du 3 juin 2022 publié au journal officiel du 17 juin 2022.)

Afin de permettre la mutualisation des risques, la branche recommande deux organismes assureurs (au choix) sélectionnées à l'issue d'un appel d'offres ouvert à tous les opérateurs du marché : **HARMONIE MUTUELLE et AESIO MUTUELLE.**

Important !

Tous les adhérents au régime mutualisé ont reçu un courrier d'information de l'assureur et une lettre-avenant à leur contrat.

L'employeur doit informer chaque salarié par écrit des modifications apportées au contrat en lui remettant la notice d'information actualisée établie par l'assureur.

S'il ne le fait pas, l'URSSAF peut mettre fin à l'exonération des cotisations sociales payées par l'employeur : la contribution patronale sera alors réintégrée dans l'assiette des cotisations. La Cour de cassation a réaffirmé cette position lors de nombreux redressements litigieux.

Vous avez omis de souscrire un contrat de prévoyance ou avez souscrit un contrat auprès d'un autre assureur et souhaitez rejoindre l'assureur recommandé ?

Contactez vos conseillers (au choix) :

HARMONIE MUTUELLE

0 805 50 00 19

[Site internet](#)

AESIO MUTUELLE

01 82 88 02 09

[Site internet](#)

A noter !

Il ne faut pas confondre le régime frais de santé avec le régime de prévoyance qui complète la couverture sociale garantie par la sécurité sociale en cas d'incapacité (arrêt de travail), d'invalidité et en cas de décès.

La branche a également mis en place un nouveau régime de prévoyance par accord du 19 octobre 2021.

Pour en savoir plus, consultez notre fiche pratique disponible sur le site internet de la FNH (Rubriques : « Ressources et outils » et « Régime de prévoyance et mutuelle de branche » - Fiche pratique sur la prévoyance »).

Un doute, une question ? Contactez la FNH !

Tel : 01 42 02 17 69

Mail : adhesions@federation-habillement.fr

Table des matières

I.	QUELLES ENTREPRISES SONT CONCERNEES PAR LE NOUVEL ACCORD DE BRANCHE ?	4
II.	LA BRANCHE A-T-ELLE RECOMMANDE UN ASSUREUR ?	4
III.	QUELLES SONT LES GARANTIES PREVUES PAR LE NOUVEL ACCORD ?	5
IV.	QUELS SONT LES TAUX DE COTISATION ?	6
V.	QUELLES SONT LES DISPENSES D’AFFILIATION ?	6
1.1.1.	L’entreprise doit-elle faire adhérer tous ses salariés ?	6
1.1.2.	Un salarié peut-il refuser d’adhérer?	7
1.1.3.	Quelles sont les conséquences si l’entreprise ne fait pas adhérer un salarié alors qu’il ne bénéficie pas d’un cas de dispense ?	10
VI.	QUE PREVOIT L’ACCORD DE BRANCHE EN MATIERE DE HAUT DEGRE DE SOLIDARITE ?	10
VII.	QUE PREVOIT L’ACCORD DE BRANCHE EN MATIERE DE PORTABILITE ?	11
VIII.	QUE PREVOIT L’ACCORD DE BRANCHE AU SUJET DE LA LOI EVIN ?	11
IX.	ANNEXES	13
1.1.	Tableau des garanties	13
1.2.	Modèle de demande de dispense d’affiliation	17

I. Quelles entreprises sont concernées par le nouvel accord de branche ?

L'accord s'applique à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles (CCN n° 3241 – IDCC 1483).

Rappel : depuis le 1er janvier 2016, il est obligatoire de proposer une mutuelle santé aux salariés.

A noter !

Une boutique qui n'emploie pas de salariés n'a pas l'obligation d'adhérer à un régime de complémentaire santé auprès d'un assureur.

Elle devra le faire en cas d'embauche d'un salarié (des dispenses d'affiliation sont possibles pour les salariés).

II. La branche a-t-elle recommandé un assureur ?

Oui, les partenaires sociaux ont choisi de recommander deux assureurs :

- **HARMONIE MUTUELLE**
- **AESIO MUTUELLE**

Nous vous rappelons qu'il s'agit d'une **recommandation et non d'une obligation**. Les entreprises restent libres de choisir d'adhérer à un autre organisme pour assurer les garanties minimales prévues par l'accord de branche.

! Attention !

Il n'en demeure pas moins que si le choix de l'assureur est libre, votre contrat individuel doit être conforme aux garanties prévues par l'accord de branche. Il en va donc de votre responsabilité de vérifier sa conformité.

Faute de garantir au salarié un niveau d'indemnisation conforme, l'accord de branche, vous pouvez être condamné à lui verser de lourds dommages-intérêts.

De plus, sachez que la Cour de cassation a récemment jugé que l'assureur n'avait pas d'obligation particulière d'attirer l'attention des employeurs sur le fait que le contrat souscrit n'était pas conforme aux dispositions de la convention collective.

LES AVANTAGES DE L'OFFRE MUTUALISEE POUR L'ENTREPRISE

- La garantie d'avoir un **régime en conformité avec les obligations conventionnelles et les évolutions législatives et réglementaires futures !**

- De **meilleures garanties pour un montant de cotisations négocié** et des **frais de gestion optimisés**
- Toute modification des taux devra être acceptée par les partenaires sociaux de la branche. La délégation patronale **veillera au maintien des taux**, afin de **ne pas alourdir les charges sociales** des employeurs et des salariés
- L'entreprise bénéficiera de la mutualisation, ce qui signifie que l'assureur recommandé **ne pourra pas majorer** les cotisations d'une entreprise au niveau individuel ou **résilier son contrat** en cas de sinistralité importante (par exemple : salarié ayant une maladie grave, hospitalisation). Lorsqu'une entreprise s'adresse isolément à un assureur, les tarifs risquent de s'envoler au moindre sinistre !
- La **branche pilote le suivi du régime** et veille à la **prise en compte des intérêts des entreprises** par l'assureur
- **L'accès à un espace employeur simple** à utiliser permettant la **gestion en ligne des contrats** (formalités administratives, téléchargement des documents contractuels ...)

LES AVANTAGES DE L'OFFRE MUTUALISÉE POUR LES SALARIÉS

- La mise en place d'un **fonds social dédié**
- Des **prestations d'assistance pour faire face aux aléas de la vie**
- Le bénéfice d'un **réseau de soins permettant de réduire le prix des prestations et le reste à charge**
- La faculté **d'étendre la garantie aux ayants droit**

III. Quelles sont les garanties prévues par le nouvel accord ?

L'accord prévoit de nouvelles dispositions relatives aux garanties à compter du 1^{er} janvier 2022 :

- **Une offre de base améliorée avec des prestations complémentaires** : consultations et visites de spécialistes, honoraires, actes et soins en hospitalisation, forfait « verres complexes »
- **Une suppression de l'option 1**
- **La mise en place d'une seule garanties optionnelle correspondant l'actuelle option 2 améliorée** pour la garantie « verre très complexes »
- **Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée**

Retrouvez les tableaux de garanties en annexe

Cette couverture obligatoire de branche ne concerne **que le seul salarié**. Le dispositif ne prévoit pas la couverture à titre obligatoire des ayant-droit (enfant(s) et/ou conjoint).

Les garanties minimales obligatoires se décomposent en plusieurs postes : **consultations, actes et prestations diverses, hospitalisation, frais dentaires, optique**.

A noter !

Les garanties sont identiques pour les employés de catégorie 1 à 8, les agents de maîtrise A1 A2 et B et les cadres C et D.

IV. Quels sont les taux de cotisation ?

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la sécurité sociale (PMSS) qui évolue, chaque année, au 1^{er} janvier. **Pour l'année 2025, le PMSS est égal à 3 925 €.**

La cotisation globale est répartie à 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié.

Les salariés ont la **possibilité de couvrir leurs ayants-droits (enfants et/ou conjoint)**. De plus, dans l'hypothèse où l'entreprise ne souscrit qu'au régime base obligatoire, le salarié peut, tout à fait, souscrire à l'option facultative à ses frais.

REGIME GENERAL – ACTIFS et AYANTS DROIT						
	Base obligatoire		Option facultative		Base + option obligatoire	
Salarié	1,26 %	49,46 €	+ 0,65 %	74,97 €	1,82 %	71,44 €
Conjoint	1,41 %	55,34 €	+ 0,74 %	84,39 €	2,04 %	80,46 €
Enfant	0,73 %	28,65 €	+ 0,33 %	41,61 €	1,02 %	40,04 €

REGIME LOCAL						
	Base obligatoire		Option facultative		Base + option obligatoire	
Salarié	0,83 %	32,58€	+ 0,65 %	58,09 €	1,39 %	54,56 €
Conjoint	0,94 %	36,90 €	+ 0,74 %	65,94 €	1,57 %	61,62 €
Enfant	0,45 %	17,66 €	+ 0,33 %	30,62 €	0,74 %	29,05 €

V. Quelles sont les dispenses d'affiliation ?

1.1.1. L'entreprise doit-elle faire adhérer tous ses salariés ?

Tous les salariés doivent bénéficier à titre obligatoire des garanties minimales prévues par l'accord de branche, c'est-à-dire le régime conventionnel de base obligatoire :

- sans conditions d'ancienneté, c'est-à-dire dès leur premier jour de travail
- quel que soit le contrat de travail : CDI, CDD, contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation, etc.

A noter !

Si l'entreprise emploie uniquement des salariés justifiant chaque année d'une dispense d'adhésion valable, l'entreprise n'a en principe aucune obligation d'adhérer à une complémentaire santé auprès d'un assureur.

1.1.2. Un salarié peut-il refuser d'adhérer ?

Le principe : tous les salariés de l'entreprise ont l'obligation d'adhérer au régime de remboursement de frais de santé. En effet, la complémentaire santé doit être une couverture **collective et obligatoire**.

L'exception : les salariés peuvent refuser d'adhérer au régime mis en place dans les conditions suivantes :

1. Les cas de dispense possibles

L'accord de branche prévoit les dispenses d'adhésion suivantes :

- **Cas de dispense n°1** : les salariés et les apprentis en CDD ou contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois s'ils bénéficient déjà d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties

Par « même type de garantie », il convient d'entendre « même risque », c'est-à-dire que le salarié doit être déjà couvert au titre du risque frais de santé, sans qu'il soit besoin d'examiner la nature exacte ou le niveau des prestations offertes. Nous conseillons néanmoins aux employeurs de vérifier que ces salariés sont couverts au moins au niveau des garanties minimales obligatoires l'accord de branche de branche.

- **Cas de dispense n°2** : les salariés à temps partiel et les apprentis si la cotisation salariale représente au moins 10 % de leur rémunération brute

Le seuil de 10% de la rémunération brute s'apprécie en tenant compte de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire instituées à titre obligatoire dans l'entreprise, c'est-à-dire qu'il faut cumuler les cotisations salariales prévoyance et santé (lettre circulaire n°2014-002).

- **Cas de dispense n°3** : les salariés qui bénéficient soit de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) soit de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sous réserve de produire les justificatifs requis

La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. Si la dispense tombe en cours d'année, l'entreprise doit procéder à son affiliation au régime en cours d'année (lettre circulaire ACOSS n°2014-002).

- **Cas de dispense n°4** : les salariés couverts par une assurance **individuelle** frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure.

La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

Si le contrat individuel prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite (circulaire DSS du 25 septembre 2013).

- **Cas de dispense n°5** : les salariés qui bénéficient par ailleurs, en qualité d'ayant-droit ou dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective et obligatoire pour les mêmes risques

Important : pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, cette dispense ne joue que si le régime du conjoint prévoit la **couverture des ayants droit à titre obligatoire** (circulaire du 25 septembre 2013). Ce qui signifie que la couverture du conjoint doit couvrir **à titre obligatoire la famille**.

Le salarié affilié au régime santé de son entreprise qui se trouve couvert ultérieurement par le régime de son conjoint peut faire valoir sa dispense d'adhésion à tout moment, indépendamment de la date à laquelle sa situation vient à le faire bénéficier d'une autre couverture que celle de son entreprise.

A savoir !

Il existe des **dispenses de droit** qui sont applicables même si l'accord de branche mettant en place le régime frais de santé ne les prévoit pas. En voici la liste complète :

- Les salariés employés avant la mise en place d'une couverture complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur (DUE) financée pour partie par le salarié (loi Evin)
- Les salariés bénéficiant de l'ACS ou de la CMU-C, cette dispense jouant jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide
- Les salariés couverts par une assurance individuelle lors de la mise en place du régime collectif et obligatoire ou lors de l'embauche si elle est postérieure, et ce jusqu'à l'échéance du contrat individuel
- Les salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de couverture est inférieure à 3 mois (L911-7 III).

- Les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
 - ❖ Complémentaire santé collective et obligatoire
 - ❖ Régime local d'Alsace-Moselle
 - ❖ Régime complémentaire relevant de la CAMIEG
 - ❖ Mutuelles des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales issues des décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011
 - ❖ Contrats d'assurance groupe, dits Madelin

2. La demande du salarié

La dispense d'adhésion doit relever du **libre choix du salarié**, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande explicite du salarié traduisant un consentement libre et éclairé de ce dernier faisant référence à la nature des garanties en cause auxquelles il renonce.

En effet, dans tous les cas, l'employeur doit être **en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés** (R242-1-6 CSS).

Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

L'employeur doit donc veiller à bien informer le salarié des conséquences d'un refus d'affiliation (absence de garantie, etc).

3. Le salarié doit produire le justificatif correspondant

Les salariés devront solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé **en produisant les justificatifs requis**. Ces justificatifs de couverture devront être produits **tous les ans**. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Cette déclaration peut prendre la forme d'une déclaration sur l'honneur.

Vous trouverez en annexe 1.2 pour un modèle de dispense d'affiliation.

1.1.3. Quelles sont les conséquences si l'entreprise ne fait pas adhérer un salarié alors qu'il ne bénéficie pas d'un cas de dispense ?

Seules les contributions des employeurs à une complémentaire santé à laquelle l'adhésion du salarié est obligatoire **sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.**

Dans l'hypothèse où certains salariés n'y adhèreraient pas en dehors des cas de dispense possibles, la sanction sera drastique en cas de contrôle URSSAF : les contributions patronales ne bénéficieront pas de l'exclusion d'assiette. Elles seront considérées comme un complément de salaire et seront assujetties à l'ensemble des cotisations salariales et patronales.

Exemples

- Un salarié est couvert par la complémentaire santé de son conjoint, mais son régime prévoit la couverture des ayant-droit à titre facultatif
- Un salarié conserve son contrat individuel après la tacite reconduction

Soyez stricts avec les dispenses !

A savoir !

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires (par exemple : salariés en congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation) ne bénéficieront pas d'un maintien de garanties.

VI. Que prévoit l'accord de branche en matière de haut degré de solidarité ?

Le régime de remboursement de frais de santé instauré au niveau de la branche présente un **degré élevé de solidarité** et comprend, à ce titre, des **prestations sans contribution de cotisation via la mise en place d'un fonds social.**

Dans l'objectif de renforcer sa politique de protection sociale, la Fédération Nationale de l'Habillement et les syndicats de salariés ont mis en place des aides financières et des services pour tous les salariés du secteur grâce aux fonds d'aide sociale du régime Frais de santé mutualisé au niveau de la branche.

Afin d'adapter au mieux ces aides et services à la réalité des besoins, une enquête de santé, bien être et qualité de vie au travail avait été lancée auprès de l'ensemble des salariés de la branche en février 2022.

L'analyse des résultats marquants de cette enquête a permis à la branche de construire, **en partenariat avec les assureurs recommandés, une offre de services et d'aides financières adaptées aux métiers et aux préoccupations des salariés de l'Habillement/Textile sans coûts supplémentaires.** *

** Aides et services accessibles uniquement aux salariés des entreprises ayant adhéré aux régimes frais de santé ou prévoyance de la branche auprès des assureurs recommandés. Les entreprises adhérentes aux régimes ont reçu un pli postal avec l'ensemble des documents de présentation de l'offre.*

Pour bénéficier des aides et services, rendez-vous sur le site Prévention Santé de la branche des indépendants de l'Habillement/Textile :

<https://www.habillementprevention.fr/>

Attention !

Les entreprises non adhérentes à MUTEX devront également prévoir la mise en œuvre de ces prestations de haut degré de solidarité en consacrant un budget identique à celui prévu au sein du présent régime recommandé.

VII. Que prévoit l'accord de branche en matière de portabilité ?

Les anciens salariés bénéficient, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien du régime frais de santé complémentaire dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif **ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.**

VIII. Que prévoit l'accord de branche au sujet de la Loi Evin ?

La couverture santé est maintenue par l'assureur au profit :

- **des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi**

La couverture santé est maintenue **sans limitation de durée** à condition que ces salariés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient.

- **Des personnes garanties du chef de l'assuré décédé**

La couverture santé est maintenue **pendant au moins 12 mois** à compter du décès, à condition que les personnes concernées en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

A noter !

L'obligation de proposer le maintien de la couverture frais de santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de la « loi Evin », incombe à l'organisme assureur. **L'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.** L'accord de branche a prévu les taux de cotisations dans le cadre de la loi Evin si l'entreprise adhère chez MUTEX. **Il s'agit « des droits de suite » dans les grilles de tarification.**

IX. ANNEXES

1.1. Tableau des garanties

CCN HABILLEMENT

Garantie dite "responsable"

SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	
SOINS COURANTS	Consultations, visites : généralistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens
	Consultations, visites : spécialistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens
	Actes de sages-femmes
	Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...
	SOINS COURANTS-MEDICAMENTS
	Médicaments à SMR important
	Médicaments à SMR modéré
	Médicaments à SMR faible
	<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Actes techniques médicaux - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens	
Actes techniques d'échographie - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens	
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens	
Examens de laboratoires	
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL	
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	
Achat véhicule pour personne handicapée physique	
AIDES AUDITIVES	
Equipement 100 % Santé (1)(2)	
Equipement à tarif libre (2)	
Piles	
<i>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.</i>	
<i>(2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.</i>	
<i>Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période de s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>	
années antérieures.	
CURE	
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	

2022	
BASE	BASE + OPTION 1
Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
120%	120%
100%	100%
170%	220%
150%	200%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100%	100%
145%	220%
125%	200%
120%	120%
100%	100%
120%	120%
100%	100%
100%	100%
125%	200%
125%	200%
100 % Santé	100 % Santé
125%	200%
100%	100%
	100%
	10 % du PMSS

HOSPITALISATION

Frais de séjour

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

Forfait journalier hospitalier

Chambre particulière avec nuitée (3)(4)

Chambre particulière en ambulatoire (4)(5)

Frais d'accompagnant (4)

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :

- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- ateliers thérapeutiques,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(4) Pas de prise en charge

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

MATERNITE

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Chambre particulière avec nuitée (3)(4)

Indemnité de naissance (6)

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(4) Pas de prise en charge

(6) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

125%	200%
170%	220%
150%	200%
100%	100%
Frais réels	Frais réels
1 % du PMSS /Nuit	2 % du PMSS /Nuit
1 % du PMSS / Jour	2 % du PMSS / Jour
1 % du PMSS / Jour	2 % du PMSS / Jour

GRILLE OPTIQUE REGIME CONVENTIONNEL

170%	220%
150%	200%
1 % du PMSS/Nuit	2 % du PMSS /Nuit
3 % du PMSS	10 % du PMSS

OPTIQUE	
OPTIQUE	<p>Equipement 100 % Santé (1)(7)(8)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monture - Par verre <p>Equipement tarif libre (1) (7)(8)(9)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monture (10) - Par verre - Simple - Complexe - Très complexe <p>Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien</p> <p>Verres avec filtre</p> <p>Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)</p> <p>Lentilles acceptées par le régime obligatoire (11)</p> <p>Lentilles refusées par le régime obligatoire (11)</p> <p>Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil</p>
	<p>(*) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.</p> <p>La prise en charge de la mutuelle s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3° de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.</p> <p>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</p> <p>(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).</p> <p>(9) - Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(10) RO: Remboursement du Régime Obligatoire</p> <p>(11) Plafond commun.</p>

100 % Santé	100 % Santé
100 % Santé	100 % Santé
100 €	100 €
60 % + 90 €	60 % + 115 €
60 % + 180 €	60 % + 205 €
60 % + 250 €	60 % + 350 €
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100 % + 2 % PMSS/An	100 % + 5 % PMSS/An
2 % PMSS/An	5 % PMSS/An
	25 % PMSS /Oeil

DENTAIRE	DENTAIRE
DENTAIRE	Soins Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12) Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (12) - Prothèses fixes - Inlay-Core - Prothèses transitoires - Inlay onlay - Prothèses amovibles Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres - Prothèses fixes - Inlay-core - Prothèses transitoires - Inlay onlay - Prothèses amovibles Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Implantologie (13)

Les remboursements de la mutuelle :

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),
- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à l'avis du dentiste consultant de la mutuelle.

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

100%	100%
100 % Santé	100 % Santé
300%	450%
125%	175%
125%	125%
125%	175%
300%	450%
300%	450%
125%	175%
125%	125%
125%	175%
300%	450%
150%	350%
	15 % du PMSS/An

AUTRES	MEDECINES COMPLEMENTAIRES
AUTRES	Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Acupuncture (13)(14)

(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

25 € /Séance limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire	35 € /Séance limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire
--	--

AUTRES	PREVENTION
AUTRES	Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (13) Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16) Vaccin anti-grippal et autres vaccins (13)(17)

(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(16) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n°ADEL et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

(17) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

50 €/An	4 % du PMSS/An
	1.50 % du PMSS/An

AUTRE	ASSISTANCE
AUTRE	Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)

Oui	Oui
-----	-----

*** CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE**

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3428 € au 01/01/2020)

1.2. Modèle de demande de dispense d'affiliation

Nom :Prénom(s).....

Nom de naissance :

Adresse :

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande à ne pas être affilié au régime collectif et obligatoire de frais de santé :

salarié couvert par une assurance individuelle frais de santé jusqu'au auprès de l'organisme assureur suivant :

salarié bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire

Salarié(e) en CDD ou en contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois et disposant par ailleurs d'un contrat santé individuel responsable.

salarié à temps partiel ou apprenti dont l'adhésion au régime me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute

salariés ou apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois couvert par une mutuelle individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties)

salariés ou apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois

salarié bénéficiaire, en qualité d'ayant-droit ou dans le cadre d'un autre emploi d'une couverture frais de santé collective et obligatoire, le caractère obligatoire s'entendant aussi pour l'ayant-droit, auprès de l'organisme assureur suivant :

salarié bénéficiaire, y compris en qualité d'ayant-droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi, dans le cadre de l'un des dispositifs suivants :

Régime local Bas-Rhin, Haut-Rhin, Moselle

Régime complémentaire relevant de la CAMIEG

Mutuelle des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales issues des décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011 auprès de l'organisme assureur suivant :

- Contrats d'assurance groupe, dits Madelin auprès de l'organisme assureur suivant :

.....

J'ai été préalablement informé par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé. En renonçant à l'affiliation au régime frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et je joins à l'attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation.

J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année (cf. au verso).

Fait à

Le

Signature obligatoire du salarié